

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



**Atitudes, Comportamentos e Condições de
Saúde Oral de Estudantes Universitários ao
Longo da sua Vivência Académica**

Teresa Maria Beatriz Ramos Esteves Gonçalves dos Santos
Albuquerque

Doutoramento em Ciências e Tecnologias da Saúde
Especialidade de Higiene Oral
2013

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



Atitudes, Comportamentos e Condições de Saúde Oral de Estudantes Universitários ao Longo da sua Vivência Académica

Tese orientada pelo
Professor Doutor Mário Filipe Bernardo
e pela
Professora Doutora Ana Margarida Veiga Simão

Teresa Maria Beatriz Ramos Esteves Gonçalves dos Santos
Albuquerque

Especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor
em Ciências e Tecnologias da Saúde. Especialidade de
Higiene Oral
2013

RESUMO

Com o presente trabalho pretendeu-se investigar a existência de diferenças nas atitudes e comportamentos entre os estudantes de diferentes cursos superiores relativamente à sua saúde oral, entre o 1º e o 3º ano da sua estadia na Faculdade, e compreender a relação entre as atitudes e comportamentos relativos à saúde oral e o estado real da mesma.

Considerando os objectivos da investigação foram realizados três estudos. No primeiro estudo adaptou-se e validou-se a versão portuguesa do inventário *Hiroshima University Dental Behavioural Inventory* (HUDBI), a utilizar como um dos instrumentos de investigação no segundo estudo, ou estudo principal. No segundo estudo, identificou-se e analisou-se a evolução de atitudes, comportamentos e condições de saúde oral de estudantes universitários ao longo da sua vivência académica. A investigação desenvolvida consistiu num estudo longitudinal onde se confrontaram as diferenças e a evolução da saúde, dos comportamentos e das atitudes em saúde oral de estudantes universitários. Participaram 131 estudantes (voluntários) que se inscreveram pela primeira vez no ensino superior no ano lectivo 2008/2009. Os estudantes dos cursos de Medicina Dentária e Higiene Oral, cujos planos de estudo fornecem conhecimentos específicos e profundos da área que se pretende estudar, constituíram os grupos de teste. Os grupos de controlo foram constituídos pelos estudantes das licenciaturas em Prótese Dentária, Ciências Farmacêuticas e Psicologia. No terceiro estudo, procedeu-se à identificação das percepções dos estudantes, que se diplomam na FMDUL, sobre os factores responsáveis por alterações nas suas atitudes, comportamentos e saúde oral, através de entrevistas de grupo-focal.

Em termos gerais, com o Estudo I proporciona-se à comunidade científica a possibilidade de utilização de um inventário internacional de comportamentos e atitudes em saúde oral (HUDBI), validado na população portuguesa. Os resultados provenientes do Estudo II sugerem o desenvolvimento de reflexões sobre a necessidade de se enfatizar o ensino de auto-cuidado em saúde oral aos estudantes da FMDUL. Atendendo a que apesar dos estudantes de medicina dentária e de higiene oral terem melhorado os comportamentos e atitudes e condições em saúde oral, estes ainda

poderem ser aperfeiçoados. A necessidade de ser dada mais ênfase à regulação da auto-eficácia nos comportamentos de higiene oral dos estudantes é notória no Estudo III.

Palavras - Chave: Estudantes Universitários, atitudes e comportamentos em saúde oral, HUDBI, CPO, IPC, entrevistas de grupo-focal.

ABSTRACT

This investigation goal was to understand how academic environment and curricula of different courses involve and influence the evolution of oral health, health attitudes and behaviours of students during their academic life.

The purposes of the study were to investigate the relationship between oral health attitudes and behaviours with periodontal and dental caries status and to determine and compare differences in the evolution of the referred variables between students from different courses at the beginning and after three years of their frequency on the university.

Considering the purposes of the research were carried out three studies. In the first study it was adapted and validated a Portuguese version of the inventory Hiroshima University Dental Behavioural Inventory (HUDBI), to be used as an instrument in the second research study or the main study. In the second study, were identified and analyzed the evolution of attitudes, behaviors, and oral health status of university students throughout their academic experience. The research carried out consisted of a longitudinal study where there were faced the differences and the evolution of health, behavior and attitudes of oral health inter and intra university students. The participants were 131 students (volunteers) who enrolled for the first time in higher education in the academic year 2008/2009. Students of Dentistry and Oral Hygiene, whose study plans provide deep expertise and the area to be studied, were used as test groups. Control groups were formed by students of the degree in Dental Laboratory Technology, Pharmaceutical Sciences and Psychology. In the third study, were proceeded to identify the perceptions of students, who graduates in FMDUL on the factors responsible for changes in attitudes, behaviors, and oral health through focus-group interviews. Overall, the Study I provided to the scientific community the possibility of using an international inventory of behaviors and attitudes on oral health (HUDBI), validated for Portuguese population. The results from Study II suggest the development of reflections on the need to emphasize the teaching of self-care in the oral health students from FMDUL. Given that, despite the dental students and dental hygiene have improved behaviors and attitudes and oral health conditions, they still can be improved. The need to be given

more emphasis to the regulation of self-efficacy in oral hygiene behaviors of students is evident in Study III.

Keywords: University Students, attitudes and behaviors in oral health, HUDBI, DMF, CPI, focal- group interviews.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE TABELAS	vii
ÍNDICE DE QUADROS.....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
AGRADECIMENTOS.....	xv
ABREVIATURAS.....	xvii
INTRODUÇÃO.....	1
CAPITULO I.....	5
A QUALIDADE DE VIDA E A SAÚDE ORAL EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS .	5
1. Adaptação e vivência académica dos estudantes universitários	5
2. Condições de saúde oral de estudantes universitários	9
2.1. Saúde Oral	9
2.2. Cárie dentária.....	10
2.3. Doenças periodontais.....	11
2.4. A Saúde oral e os adolescentes	13
2.5. O estado de saúde oral de estudantes universitários.....	16
3. O papel da percepção na qualidade de vida e saúde oral	18
3.1. Percepção de saúde dos adolescentes portugueses	21
CAPITULO II.....	23
A INFLUÊNCIA DOS COMPORTAMENTOS NA SAÚDE ORAL	23
1. Comportamentos como determinantes de saúde	24
2. Comportamentos em saúde oral - O papel da remoção e controlo de placa bacteriana na prevenção da cárie dentária e doenças periodontais	25
3. Avaliação de comportamentos e atitudes em saúde oral.....	30
4. Comportamentos em saúde oral de estudantes universitários	32
5. Mudança de comportamentos – A psicologia e a saúde oral	36
5.1. A influência das crenças e dos valores nos comportamentos	38
5.2. A influência das atitudes nos comportamentos	40
5.3. A influência da percepção de controlo nos comportamentos em saúde.....	43
6. Contribuições de teorias de comportamentos em saúde na explicação de práticas em higiene oral.....	43
CAPÍTULO III.....	53
METODOLOGIA	53
1. Problemática da investigação	53
1.1. Objectivos gerais	55

2. Delineamento da investigação em três estudos	55
3. Contexto do estudo e participantes.....	56
4. Considerações éticas e limitações do estudo	57
CAPITULO IV	59
ESTUDO I – ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO HIROSHIMA UNIVERSITY DENTAL BEHAVIOURAL INVENTORY (HUDBI)	59
Introdução.....	59
1. Objectivos.....	60
2. Métodos	60
2.1. Participantes	60
2.2. Instrumento	61
2.3. Procedimentos	62
2.3.1. Tradução e adaptação do inventário	62
2.3.2. Estudo das propriedades psicométricas fundamentais do inventário	62
2.3.3. Fiabilidade / Estabilidade ou Consistência temporal	63
2.3.4 Diferenças de comportamentos e atitudes entre os estudantes do 1º e do 3º ano.	64
3. Resultados.....	64
3.1. Estudo psicométrico	64
3.2. Estudo de comportamentos dos estudantes	68
4. Discussão	69
Conclusões.....	70
CAPITULO V	73
ESTUDO II – ATITUDES, COMPORTAMENTOS E CONDIÇÕES DE SAÚDE ORAL DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: UM ESTUDO LONGITUDINAL	73
Introdução.....	73
1. Objectivos e hipóteses do estudo	75
2. Métodos	78
2.1. Participantes	78
2.2. Instrumentos	80
2.3. Procedimentos	80
2.3.1. Inventário de atitudes e comportamentos em saúde oral (HUDBI)	81
2.3.2. Exames clínicos.....	82
2.3.3. Questionário de rotinas em higiene oral e percepções de saúde oral ...	86
2.3.4. Variáveis do estudo.....	86

2.3.4.1. Variáveis independentes.....	87
2.3.4.2. Variáveis dependentes.....	87
2.3.5. Análise estatística dos dados	90
3. Resultados.....	93
3.1.Comportamentos e atitudes em saúde oral.....	93
3.1.1.Ano lectivo 2008/2009 – 1º momento de avaliação.....	93
3.1.2. Ano lectivo 2010/2011 – 2º momento de avaliação.....	99
3.2.Condições de saúde oral.....	108
3.2.1. Exames Clínicos 2008/2009.....	108
3.2.1.1.História de cárie.....	108
3.2.1.2. Saúde periodontal	110
3.2.2.Exames Clínicos 2010/2011	111
3.2.2.1.História de cárie.....	111
3.2.2.2. Saúde periodontal	114
3.3.Rotinas em higiene oral e percepção de saúde oral.....	115
3.3.1. Questionários 2008/2009	115
3.3.1.1.Rotinas em higiene oral.....	115
3.3.1.2.Percepção de estado de saúde oral.....	117
3.3.2. Questionários 2010/2011	118
3.3.2.1.Rotinas em higiene oral.....	118
3.3.2.2. Percepção de saúde oral	123
3.3.2.3.Tratamentos dentários realizados nos últimos três anos.....	126
3.4.Análise das relações e interdependências entre as variáveis do estudo	131
3.4.1.Ano lectivo 2008/2009	131
3.4.1.1.Relação entre comportamentos, atitudes e condições de saúde oral	132
3.4.1.2.Relação entre os comportamentos e atitudes e a percepção de saúde oral dos estudantes	137
3.4.1.3.Relação entre a percepção do estado de saúde oral por parte dos estudantes e as condições de saúde oral observadas.....	137
3.4.1.4.Relação a percepção do estado de saúde oral dos estudantes e as suas rotinas em higiene oral.....	140
3.4.1.5. Relação entre rotinas em higiene oral e condições de saúde oral.	142
3.4.2.Ano lectivo 2010/2011	143

3.4.2.1. Relação entre os comportamentos, atitudes e condições de saúde oral em 2011	145
3.4.2.2. Relação entre os comportamentos e atitudes e a percepção de saúde oral dos estudantes	149
3.4.2.3. Relação entre as condições de saúde oral observadas e a percepção do estado de saúde oral por parte dos estudantes.	149
3.4.2.4. Relação entre a percepção do estado de saúde oral dos estudantes e as rotinas em higiene oral e	151
3.4.2.5. Relação entre rotinas em higiene oral e estado de saúde oral.....	152
3.5. Alterações e evoluções nos comportamentos, atitudes e condições de saúde oral dos estudantes entre 2008 e 2011	153
3.5.1. Alterações de comportamentos e atitudes em saúde oral entre o 1º e o 3º ano académico (HUDBI).	153
3.5.2. Evoluções nos comportamentos, atitudes e condições de saúde oral no final de 3 anos de frequência universitária	160
4. Discussão	165
4.1. Comportamentos e atitudes em saúde oral.....	167
4.2. Condições de saúde oral	169
4.3. Rotinas em higiene oral	171
4.4. Percepção do estado de saúde oral	173
4.5. Relações entre variáveis 2008/2009	174
4.6. Relações entre variáveis 2010/ 2011	178
Conclusões.....	181
CAPITULO VI	185
ESTUDO III – FACTORES RESPONSÁVEIS POR ALTERAÇÕES NOS COMPORTAMENTOS E CONDIÇÕES DE SAÚDE ORAL – NA PERSPECTIVA DOS ESTUDANTES DA FMDUL	185
Introdução.....	185
1. Questões de Investigação e objectivos do estudo	186
2. Método	187
2.1. Participantes	187
2.1.1. Estruturas curriculares dos cursos em ciências da saúde oral	189
2.2. Instrumentos	192
2.2.1. Validação de conteúdo do guião da entrevista para verificação da adaptabilidade ao assunto em foco	194
2.3. Procedimentos	194

2.3.1. Análise de dados	195
3. Apresentação e Discussão de Resultados	197
3.1. Posição dos estudantes face aos conhecimentos de saúde transmitidos /adquiridos no curso	198
3.1. 1. Considerações sobre a transmissão de conhecimentos sobre comportamento em saúde oral ao longo dos cursos	199
3.2. Comportamentos alterados com conhecimentos adquiridos	202
3.3. Intenções e influências nas mudanças comportamentais	206
3.4. Factores que levaram os estudantes a realizarem, ou não tratamentos curativos e/ou preventivos de saúde oral na faculdade	212
3.5. Factores que levam os estudantes a realizarem, ou não comportamentos exemplares em higiene oral	214
Conclusões	221
Considerações Finais	229
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	237
Apêndice 1 – Consentimento de Participação	257
Apêndice 2 – Inventário HUDBI	259
Apêndice 3 – Folha de registo de dados clínicos	261
Apêndice 4 – Questionário de rotinas em Higiene Oral 2008/2009	263
Apêndice 5 – Questionário de rotinas em higiene oral 2010/2011	265
Apêndice 6 – Guião das entrevistas de grupo-focal	267
Apêndice 7 – Transcrição das entrevistas aos estudantes de Higiene Oral	269

ÍNDICE DE TABELAS

CAPITULO IV

Tabela 1: Percentagem de respostas “concordo” por item do HUDBI.....	64
Tabela 2: Relação entre valores totais de HUDBI obtidos na 1ª e na 2ª aplicação.....	65
Tabela 3: Associação entre os Itens do Inventário HUDBI – Coeficiente Φ	66
Tabela 4: Diferenças entre valores de HUDBI/ Ano de curso/ Aplicações do inventário	67

CAPITULO V

Tabela 1: Caracterização demográfica – 2008 – 2011.....	77
Tabela 2: Percentagens de respostas “Concordo” por curso 2008/2009	91
Tabela 3: Diferenças entre os estudantes, relativas aos itens do HUDBI, 2008/2009.....	93
Tabela 4: Percentagens de respostas “Concordo” por género , 2008/2009.....	95
Tabela 5: Valores de HUDBI por curso 2008/2009.....	96
Tabela 6: Percentagens de respostas “Concordo” por curso 2010/2011.....	97
Tabela 7: Valores de HUDBI por curso 2010/2011.....	104
Tabela 8: Diferenças de médias de HUDBI entre os cursos 2010/2011.....	104
Tabela 9: Diferenças no índice CPO e suas componentes entre os cursos 2008/2009.....	106
Tabela 10: Diferenças das componentes CPO entre os géneros - 2008/2009.....	107
Tabela 11: Índice Periodontal Comunitário por curso – 2008/2009.....	108
Tabela 12: Índice Periodontal Comunitário por género – 2008/2009.....	109
Tabela 13: História de cárie por curso 2010/2011.....	109
Tabela 14: Componente C> 0 por curso 2010/2011.....	110
Tabela 15: Diferenças no índice CPO e suas componentes entre os cursos 2010/2011.....	110
Tabela 16: Diferenças no CPO e suas componentes entre os géneros 2010/2011.....	111
Tabela 17: Índice periodontal comunitário dos estudantes - 2010/2011.....	112
Tabela 18: Diferenças entre as rotinas de higiene oral dos estudantes 2008/2009.....	113

Tabela 19: Diferenças de percepção de saúde oral entre os estudantes dos diferentes cursos 2008/2009.....	115
Tabela 20: Rotinas em higiene oral 2010/2011.....	116
Tabela 21: Alterações nas práticas de higiene oral em 3 anos.....	118
Tabela 22:Diferenças entre os estudantes que consideram ter mudado as suas práticas em higiene oral nos últimos 3 anos.....	119
Tabela 23: Diferenças de percepção de saúde oral entre os estudantes dos diferentes cursos 2010/2011.....	121
Tabela 24: Os fundamentos das percepções de saúde oral dos estudantes.....	122
Tabela 25: Razões para a realização de tratamentos dentários nos últimos três anos.....	123
Tabela 26: Diferenças entre os estudantes que realizaram tratamentos dentários nos últimos 3 anos.....	123
Tabela 27: Utilização de consultas de medicina dentária na FMDUL.....	124
Tabela 28:Realização de consultas de higiene oral nos últimos 3 anos.....	125
Tabela 29: Diferenças entre os estudantes que realizaram consultas de higiene oral nos últimos 3 anos.....	125
Tabela 30: Procura de serviços da FMDUL para realização de consulta de higiene oral.....	127
Tabela 31: Matriz de componentes.....	127
Tabela 32: Análise de relações entre variáveis da componente.....	128
Tabela 33: Relação entre HUDBI, CPO e componentes “C”, “P” e “O” 2008/2009.....	130
Tabela 34: Médias de CPO, dentes cariados e IPC em relação com as respostas dadas aos itens do HUDBI.....	132
Tabela 35: Percepções de saúde oral dos estudantes e condições de saúde oral observadas 2008/2009.....	135
Tabela 36: Relações entre percepções e condições de saúde oral 2008/2009.....	136
Tabela 37: Relação entre as rotinas em Higiene oral e a percepção do estado de saúde oral.....	137

Tabela 38: Diferenças nas práticas de higiene oral entre estudantes com distintas percepções de saúde oral.....	137
Tabela 39: Relações entre rotinas em higiene oral e condições de saúde oral – 2008/2009.....	139
Tabela 40: Análise de relações entre as variáveis da componente	140
Tabela 41: Relação entre HUDBI, CPO e componentes “C”, “P” e “O” 2010/2011.....	142
Tabela 42: Médias de CPO, dentes cariados, perdidos e obturados e IPC em relação com as respostas dadas aos itens do HUDBI 2010/2011.....	144
Tabela 43: Relações entre percepções e condições de saúde oral 2010/2011.....	146
Tabela 44: Relação entre as rotinas em Higiene oral e a percepção do estado de saúde oral.....	147
Tabela 45: Diferenças nas rotinas em higiene oral entre estudantes com distintas percepções de saúde oral.....	148
Tabela 46: Relações entre rotinas de higiene oral e condições de saúde oral.....	149
Tabela 47: Evolução de comportamentos, atitudes e estado de saúde oral no final de 3 anos de frequência universitária.....	150
Tabela 48: Evolução dos estudantes de Medicina dentária 2008-2011 (n=21).....	151
Tabela 49: Evolução dos estudantes de Higiene Oral 2008-2011 (n=26).....	151
Tabela 50: Evolução dos estudantes de Prótese dentária 2008—2011 (n=33)	152
Tabela 51: Evolução dos estudantes de Psicologia 2008-2011 (n=31).....	152
Tabela 52: Evolução dos estudantes de Farmácia 2008-2011 (n=20).....	153
Tabela 53: Significância das diferenças entre as respostas dadas no HUDBI em 2008 e 2011.....	154
Tabela 54: Item 15. Só vou ao dentista quando tenho dor de dentes.....	154
Tabela 55: Item 7. Eu importo-me com a cor da minha gengiva.....	155
Tabela 56: Item 10. Nunca recebi orientação profissional de como escovar os dentes.....	155

Tabela 57: Item 16. Já usei um “corante” para ver se os meus dentes estavam limpos.....	155
Tabela 58: Item 21. utilizo fio dentário pelo menos uma vez por semana.....	156
Tabela 59: Item 16. Já usei um “corante” para ver se os meus dentes estavam limpos.....	156
Tabela 60: Item 21. Utilizo fio dentário pelo menos uma vez por semana.....	157
Tabela 61: Item 2. As minhas gengivas sangram quando escovo os dentes.....	157
Tabela 62: Item 7. Eu importo-me com a cor da minha gengiva.....	157
Tabela 63: Item 8. Mesmo escovando os dentes diariamente, tenho a impressão que eles estão a piorar.....	158
Tabela 64: Item 9. Escovo cada um dos meus dentes cuidadosamente.....	158
Tabela 65: Item 16. Já usei um “corante” para ver se os meus dentes estavam limpos.....	158
Tabela 66: Item 17. Uso uma escova com pêlos duros.....	158
Tabela 67: Item 21. Utilizo fio dentário pelo menos uma vez por semana.....	159
Tabela 68: Diferenças e evoluções de HUDBI, CPO, C, P, O, IPC 2008/2009 – 2010/2011.....	160
Tabela 69: Confronto de CPO Nacional e CPO do Presente Estudo (2008).....	169

ÍNDICE DE QUADROS

CAPITULO V

Quadro 1: Critério de registo para o índice CPO.....	81
Quadro 2: Descrição de variáveis independentes.....	85
Quadro 3: Descrição de variáveis relacionadas com comportamentos e atitudes em saúde oral.....	86
Quadro 4: Descrição de variáveis relacionados com o estado de saúde oral do grupo de estudantes (valores médios).....	87
Quadro 5: Descrição de variáveis relacionadas com rotinas em higiene oral, percepções e tratamentos em saúde oral.....	88

CAPITULO VI

Quadro 1: Categorias e subcategorias de análise.....	194
Quadro 2: Posição dos estudantes face aos conhecimentos sobre comportamentos em saúde transmitidos/adquiridos no curso.....	196
Quadro 3: O que mudou com os conhecimentos adquiridos.....	201
Quadro 4: Intenções e influencias nas mudanças comportamentais.....	205
Quadro 5: Factores que levaram ou não os estudantes à realização de tratamentos dentários.....	211
Quadro 6: Factores que levam os estudantes a realizarem, ou não comportamentos exemplares em higiene oral.....	214

ÍNDICE DE FIGURAS

CAPITULO V

Figura 1 : Delineamento do estudo II.....	79
Figura 2: Diferenças entre os estudantes que concordam não se preocuparem com visitas ao dentista.....	98
Figura 3; Diferenças entre os estudantes que concordam sangrar da gengiva quando escovam os dentes.....	99
Figura 4: Diferenças entre os estudantes que já repararam ter depósitos brancos e pegajosos nos dentes	99
Figura 5. Diferenças entre os estudantes que concordam importar-se com a cor da gengiva.....	100
Figura 6: Diferenças entre os estudantes que acreditam que apesar de escovarem os dentes diariamente, estes estão a piorar.....	100
Figura 7: Diferenças entre os estudantes que concordam escovar cada um dos seus dentes cuidadosamente.....	101
Figura 8. Diferenças entre os estudantes que concordam nunca ter recebido orientação profissional de como escovar os dentes.....	101
Figura 9. Diferenças entre os estudantes que concordam já ter usado corante para verificar se dentes estavam limpos.....	102
Figura 10. Diferenças entre os estudantes que usam escovas de dentes com pêlos duros.....	102
Figura 11: Diferenças entre os estudantes que sentem que só lavam bem os dentes se o fizerem com movimentos rápidos e fortes.....	103
Figura 12: Diferenças entre os estudantes que concordam usar o fio dentário pelo menos uma vez por semana.....	103
Figura 13: Como os estudantes de cada curso caracterizam a sua saúde oral.....	115
Figura 14: Diferenças entre a utilização de fio dentário pelos diversos estudantes.....	117
Figura 15: Como os estudantes caracterizam a sua saúde oral em 2010/2011.....	121
Figura 16: Tratamentos realizados nas consultas de higiene oral.....	126

Figura 17: Percepções de saúde oral dos estudantes <i>versus</i> HUDBI 2008/2009.....	133
Figura 18. A percepção de saúde oral <i>versus</i> o estado de saúde oral 2008/2009.....	134
Figura 19. Percepções de saúde oral dos estudantes <i>versus</i> HUDBI (2010/2011).....	145
Figura 20: A percepção de saúde oral <i>versus</i> o estado de saúde oral 2010/2011.....	146
Figura 21. Diferenças nos valores médios do HUDBI, CPO, C,P,O,IPC entre 2008 e 2011.....	150

AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível com o apoio e a amizade de muitas pessoas, às quais expresso o meu mais sincero agradecimento.

Um especial agradecimento ao Professor Doutor Mário Bernardo pela orientação científica, pelo apoio, atenção dispensada, mestria e incentivo.

À Professora Doutora Ana Margarida Veiga Simão pela orientação de todo o trabalho, sabedoria, críticas e sugestões oportunas, amizade e disponibilidade que sempre me demonstrou.

Aos Professores Doutores Makoto Kawamura e Mitsugy Okada pela ajuda, disponibilidade, conselhos, apoio e interesse demonstrados.

À Professora Doutora Maria Henriques Lourenço Ribeiro pela preciosa organização, constante disponibilidade e apoio junto dos professores e estudantes da Faculdade da Faculdade de Farmácia.

Aos Professores Doutores Ana de Sousa Ferreira, Isabel Henriques Freire e Wolfgang-Lind por terem apoiado e incentivado todo o trabalho de campo, e facultado o acesso aos estudantes durante as suas aulas na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Ao Professor Doutor Henrique Luis, pelo rigor científico, pelo precioso apoio no tratamento estatístico dos dados e pela paciência.

Aos meus colegas Carla Balseiro, Cristina Alves, Fátima Bizarra, Inês Oliveira Pinto, Iolanda Pereira e Victor Assunção agradeço o carinho e confiança.

À minha colega Sandra Ribeiro pelo apoio incondicional.

Ao Nuno, à Beatriz, ao Zé Maria e ao Manuel pelos dias da minha ausência e por acreditarem sempre em mim.

ABREVIATURAS

CPO- Cariados, Perdidos, Obturados

IPC – Índice Periodontal Comunitário

HUDBI – Hiroshima University Dental Behavioural Inventory

FMDUL – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

DGS – Direcção Geral da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

INTRODUÇÃO

O mérito académico dos estudantes de Medicina Dentária e de Higiene Oral, no decorrer dos seus percursos universitários, depende muito das suas aptidões académicas e destreza manual. Porém, como uma das principais funções destes futuros profissionais de saúde será ajudar a promover comportamentos saudáveis na população, as competências comportamentais e de comunicação, bem como a interacção e empatia com os seus pacientes, são cada vez mais importantes em consonância com a sua preparação científica (DePaola & Slavkin, 2004; Sherman & Cramer, 2005).

Como futuros profissionais de saúde oral, estes estudantes especializam-se em esclarecimentos preventivos à população e em promoção de saúde. Todavia, é frequente não se verificarem mudanças significativas nos comportamentos dos pacientes após lhes serem recomendadas técnicas e comportamentos a adoptarem para melhorarem ou manterem a sua saúde oral.

Segundo Al-Wahadni, Al-Omiri e Kawamura (2004) o comportamento e as atitudes dos profissionais de saúde para com a sua própria saúde oral podem influenciar a capacidade de ensinar e motivar os seus pacientes relativamente aos cuidados de saúde e, conseqüentemente, a própria saúde oral desses pacientes. Para estes autores, os profissionais de saúde oral deveriam ser modelos para os seus pacientes, mantendo as suas próprias bocas num nível óptimo de saúde.

Nusair, Alomari e Said, (2006) reforçam a ideia anterior, sugerindo que os comportamentos e atitudes destes profissionais para com a sua própria saúde reflectem o seu entendimento da importância dos procedimentos de prevenção dos problemas orais, contribuindo para o aperfeiçoamento da saúde oral dos seus pacientes.

Conseqüentemente, é importante que os estudantes adquiram conhecimentos em saúde correctos e que as suas atitudes e comportamentos em saúde oral estejam em conformidade com as suas recomendações profissionais. Com conhecimentos e comportamentos apropriados em saúde oral, estes futuros profissionais podem

desempenhar um papel importante na educação em saúde e agir como modelos para a população em geral (Kawamura, Honkala, Wlstrom & Komabayashi, 2000).

Também para Abraham, Cirincione e Glass (1990) as atitudes de auto-cuidado dos profissionais de saúde oral, relativamente à sua própria saúde, modelam as condições de saúde dos seus pacientes.

Todavia, tem sido dada uma atenção limitada ao facto de como e quando é que os estudantes das profissões relacionadas com a saúde oral modificam positivamente os seus comportamentos relativos à própria saúde.

Estudos realizados nos últimos anos têm começado a investigar a influência que os cursos e os diferentes planos de estudo das escolas dentárias têm no desenvolvimento das atitudes e comportamentos relativos à saúde oral dos seus estudantes (Kawamura et al., 2005; Komabayashi et al., 2005; Nusair et al., 2006; Polychronopoulou & Kawamura, 2005; Rong, Wang & Yip, 2006).

Segundo Dumitrescu (2006), apesar dos vários estudos disponíveis na literatura médico-dentária sobre a importância da motivação dos pacientes no cumprimento de orientações e regimes para a melhoria das suas condições de saúde oral, pouca atenção tem sido dada aos estudantes das áreas de saúde oral quanto à sua motivação, auto-cuidado, comportamentos e atitudes relativos à sua própria saúde.

Tanto quanto se sabe, em Portugal, não existem estudos publicados abordando esta temática na área da saúde oral a nível universitário. Parece ser importante realizar um tipo idêntico de análise nos estudantes portugueses, tendo em consideração a sua cultura, curso e ambiente institucional.

Tal como referido por Pereira (2006), a promoção da saúde no ensino superior português carece de estudos específicos sobre os comportamentos relacionados com a saúde dos estudantes. Trabalhos que possibilitem a comparação de dados a nível nacional e internacional, de forma a haver evidência empírica e científica como contributo para uma melhor definição das políticas de saúde e da educação para a saúde neste contexto.

Assim, no presente trabalho procurou-se estudar a temática dos comportamentos em saúde oral e de factores que se relacionam com os mesmos, em

estudantes de cursos na área da saúde oral, para se compreender melhor se a formação académica influencia a saúde e os comportamentos dos estudantes.

De forma a explorar os comportamentos relativos à saúde oral dos estudantes, que num futuro próximo assumirão deveres técnicos e científicos relevantes para a saúde oral da população, levou-se a cabo uma investigação composta por três estudos. Estudos que se apresentam neste trabalho, dividido em duas partes. A primeira parte é composta por um estudo sobre os principais aspectos teóricos que enquadram o tema da investigação e a segunda expõe os estudos realizados, que operacionalizaram os objectivos do trabalho.

No capítulo I, aborda-se a formação da identidade dos estudantes e a sua adaptação e vivência académica em contexto universitário. Identificam-se os problemas orais de maior relevância nos adolescentes e também se analisam as condições de saúde oral destes estudantes e a relevância da percepção de saúde oral dos mesmos na sua qualidade de vida.

No capítulo II, apresenta-se uma revisão de literatura sobre a influência dos comportamentos na saúde oral, os comportamentos e atitudes relativos à saúde oral de estudantes universitários, a problemática da mudança de comportamentos e ainda contribuições de teorias comportamentais na explicação de práticas em higiene oral.

Dentro da segunda parte deste trabalho começa por se apresentar a Metodologia geral (capítulo III), onde se caracteriza a problemática da investigação, os objectivos gerais propostos. Explica-se o delineamento da investigação em três estudos, descreve-se o contexto do estudo e os participantes, as considerações éticas e limitações dos estudos.

No capítulo IV é apresentado o estudo I – que teve como objectivo geral a tradução, adaptação e validação da versão portuguesa do inventário *Hiroshima University Dental Behavioural Inventory* (HUDBI) (Kawamura, 1988), a utilizar como um dos instrumentos de investigação no estudo II, ou estudo principal.

O capítulo V corresponde ao estudo principal, um estudo longitudinal que pretendeu identificar e analisar a evolução de atitudes, comportamentos e condições de saúde oral de estudantes universitários ao longo da sua vivência académica.

No estudo III, exposto no capítulo VI, apresentam-se as opiniões dos estudantes acerca de factores responsáveis por alterações nas suas atitudes, comportamentos e condições de saúde oral, recolhidas através de entrevistas de grupo-focal.

CAPITULO I

A QUALIDADE DE VIDA E A SAÚDE ORAL EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

1. Adaptação e vivência académica dos estudantes universitários

Em muitos países, os estudantes universitários ocupam uma posição significativa na vida pública, sendo vistos como futuros líderes. Por esta razão, os padrões de crenças e comportamentos dos estudantes podem ser de particular importância (Akar, Özmutaf & Ozgur, 2009).

Contudo, têm de ser consideradas várias condições que de alguma forma envolvem, complicam e influenciam esses padrões comportamentais, nomeadamente, o facto da maioria dos estudantes ser ainda adolescente.

Conforme definido no World Health Report (WHO, 2003), um adolescente é um indivíduo com idades compreendidas entre os dez e os vinte anos, com auto-estima elevada, com capacidades de sociabilização, com valores próprios e com acesso a informações relevantes capazes de o fazer tomar decisões acerca da sua saúde.

Segundo o mesmo relatório, os factores externos têm enorme impacto na forma como os adolescentes pensam e se comportam. Os valores e os comportamentos dos seus pares são muito importantes comparativamente com os dos seus pais e outros familiares. As referências parentais seguidas pelos jovens são essencialmente as relativas a valores culturais “estáveis” e em decisões que implicam consequências a longo prazo, como por exemplo, valores sócio-económicos, religião, adesão política, cuidados de saúde e hábitos de consumo.

Os principais grupos de referência para os adolescentes são os grupos de pares que alternam com a família (Claes, 1985; Coleman, 1985; Lutte, 1988; Palmonari, Pombeni & Kirchler, 1992; Schaffer, 1994).

As referências do grupo de pares, são tomadas em consideração na realização de comportamentos relacionados com valores culturais e sociais “mutáveis”, e com consequências imediatas, como por exemplo, preferências (música, moda), linguagem, modelos de interacção individuais e sexuais (Claes, 1985; Lutte, 1988).

Os estudantes que actualmente frequentam o Ensino Superior português, são muito diferenciados, tanto do ponto de vista dos seus trajectos académicos e características pessoais, como do ponto de vista das suas classificações de entrada, objectivos, motivações e expectativas quanto à frequência deste nível de ensino (Silva, 2008).

Para Rebelo (2002), os estudantes universitários são considerados como “jovens adultos” a passar por grandes transformações de ordem familiar, vocacional, profissional, cognitiva, sexual, ideológica e ética.

A maioria destes estudantes confronta-se com uma inevitável e complexa crise de desenvolvimento na fase final da transição da adolescência para a idade adulta, acrescida pelo impacto de uma mudança de ambiente, a qual é acompanhada de novas expectativas e pressões sociais (Albuquerque, 2008).

Diversos estudos indicam que, na entrada na idade adulta, as mudanças ao nível do pensamento, comportamento e personalidade são menos resultado da idade cronológica ou de mudanças biológicas específicas e mais o resultado das forças ou acontecimentos pessoais, sociais e culturais (Silva, 2008).

A entrada na idade adulta é amplamente determinada pelos processos de definição social e pessoal, relacionados com os papéis, responsabilidade e estatuto atingidos pelo indivíduo e reconhecidos pela sociedade (Arnett, 2000; Silva, 2008).

Segundo Rosado, Coelho, Sousa e Pereira (2004), os universitários são vistos como pessoas que estão a viver uma certa transição, pois deles não se espera de pronto um posicionamento profissional. Os autores explicam o tempo que se permanece na Universidade como um período de relativa liberdade de

responsabilidades, pois os estudantes sabem que vivem num tempo e num espaço originais.

Lidar com a entrada na universidade durante a adolescência é um desafio (Martins & Imbert, 2005). Nesta fase do ciclo de vida, os estudantes enfrentam um período de contradições, de dúvidas e da procura de autonomia. Nesta altura, eles são convocados a elaborar os seus planos de vida e a fazer as suas escolhas profissionais compatíveis com as suas realidades e aspirações individuais (Martins & Imbert, 2005).

Segundo Schoen-Ferreira, Aznar-Farias e Silveiras (2003), esta fase da vida é marcada por diversos factores mas, sem dúvida, o mais importante é a tomada de consciência de um novo espaço no mundo, a entrada numa nova realidade que produz confusão de conceitos e perda de certas referências. O encontro dos iguais no mundo dos diferentes é o que caracteriza a formação deste grupo de adolescentes.

Para além de todos os distúrbios que esta fase da vida acarreta, os estudantes universitários defrontam-se com várias tarefas ao longo do seu percurso académico, que, segundo Gonçalves e Cruz (1988), se podem agrupar em três domínios: domínio académico – dificuldades relacionadas com hábitos e métodos de estudo e sistemas de avaliação; domínio pessoal e social – dificuldades no desenvolvimento de um sentido de identidade e das relações interpessoais; domínio vocacional – questões relacionadas com a identidade vocacional, procura de emprego e transição para o mundo do trabalho.

As vivências académicas relacionadas com a entrada e a frequência do Ensino Superior podem ser encaradas como situações de transição pelas mudanças que produzem e os constantes ajustamentos que exigem (Pinheiro, 2003).

Polydoro (2000) refere que, para o estudante universitário, o período de ingresso é marcado pelo entusiasmo e idealização de que o novo ambiente educacional satisfaça as suas necessidades, promova mudanças pessoais e o transforme num profissional habilitado.

Porém, esse período de ingresso no ensino universitário implica o confronto dos estudantes com um novo ambiente de ensino–aprendizagem. Soares, Almeida, Diniz e Guisande (2006) descrevem o contexto universitário, do ponto de vista académico, como um ambiente menos estruturado que o do ensino secundário, onde as normas,

expectativas e exigências colocadas aos estudantes são mais ambíguas, e onde se espera que os estudantes apresentem maiores níveis de iniciativa, independência e autonomia na aprendizagem, na gestão do tempo, no estabelecimento de objectivos e na definição das estratégias para os atingir.

Segundo Astin (1993), o universitário tem um papel central no seu processo de formação, uma vez que é ele quem deve procurar as oportunidades oferecidas pelo ambiente.

Todavia, Igue, Bariani e Milanese (2008) numa investigação que visou descrever as vivências académicas de estudantes universitários, verificaram a existência de alunos do 5º ano que ainda não conheciam bem os serviços oferecidos pela sua instituição de ensino.

Com o mesmo fundamento, vários autores (Nico, 2000; Santos, 2000) salientam a responsabilidade das instituições de ensino superior perante o percurso de formação dos seus alunos, defendendo que as instituições devem proporcionar aos seus estudantes as condições adequadas para a existência de conforto académico. Sendo esse conforto académico um importante indicador da qualidade institucional e essencial para a qualidade da aprendizagem.

Conciliando as ideias anteriores, Barros (2002) defende que promover a qualidade da vivência académica é um desafio com uma responsabilidade partilhada que engloba tanto a filosofia curricular dos cursos e a organização das instituições de ensino, como a participação dos estudantes e das suas associações estudantis.

Investigações sustentam que a qualidade do ambiente influencia o modo como os estudantes investem no curso e na vida universitária em geral, e a forma como nele se sentem (Braxton, Bray, & Berger, 2000; Cabrera et al., 2002). Os autores sugerem, que a qualidade das relações estabelecidas entre professores e estudantes e entre estudantes, bem como a qualidade da organização e funcionamento do curso tem um papel fundamental na compreensão da qualidade da experiência universitária.

Portanto, o processo de adaptação ao contexto universitário não pode ser desligado dos processos de aprendizagem e desenvolvimento humanos, pois todos estes processos são produto de interacções recíprocas e dinâmicas entre indivíduos e contextos. A aprendizagem não é independente do desenvolvimento humano, e os

resultados académicos obtidos pelos estudantes são configurados por uma diversidade de factores que ocorrem dentro e fora das salas de aula (Soares et al., 2006).

2. Condições de saúde oral de estudantes universitários

2.1. Saúde Oral

Segundo Locker (1997), a saúde oral interfere em aspectos físicos e psicológicos dos indivíduos, podendo ser definida como o estado de saúde da boca e dos tecidos relacionados que proporciona a um indivíduo a capacidade de comer, falar e sociabilizar-se, sem doença activa, desconforto ou dificuldades, contribuindo para o seu bem-estar geral.

Assim, pode depreender-se que a saúde oral faz parte integrante da saúde geral e do conceito de que a "Saúde é o estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença" (OMS, 1993).

Reflectindo sobre o conceito de *saúde oral*, David Locker (1997, p.17) escreveu:

(...)“...the question “What is oral health” can be reduced to “What is health?””(...)

Para Petersen (2003), a inter relação entre saúde oral e geral já foi bem comprovada por evidências científicas. Segundo o autor, a saúde oral é essencial para o bem-estar, sendo um factor determinante da qualidade de vida.

Porém, segundo o *World Oral Health Report* (WHO) de 2003, as doenças orais são classificadas como os maiores problemas de saúde pública devido à sua prevalência e incidência em todo o mundo.

A cárie dentária e as doenças periodontais têm sido, historicamente, as doenças orais com maior prevalência a nível mundial. Estas doenças têm atingido a quase totalidade da população, independentemente da raça, género, idade ou condição social (Pereira, 1990; WHO, 1987; WHO, 2003).

No *World Oral Health Report* (WHO) de 2003, foi mais uma vez reforçado, que ambos os problemas podem ser eficazmente prevenidos e controlados através da combinação de acções individuais, comunitárias e profissionais.

Uma boca saudável melhora a auto-estima e o bem-estar geral. A ausência de dor é muito importante; a hemorragia gengival e o mau sabor da boca podem ser muito desagradáveis; as gengivas inflamadas, a recessão gengival e a ausência de dentes influenciam a estética; a halitose é indesejável do ponto de vista social. Por estas razões, os benefícios da prevenção das doenças periodontais e das cáries dentárias não se confinam apenas à sobrevivência de dentes (Casals & Manau, 2002).

Diversos autores consideram a cárie dentária e a doença periodontal como doenças comportamentais, pois são em larga medida prevenidas e minimizadas com a adopção de comportamentos individuais de saúde adequados (Honkala, 1993; Reis & Melo, 2003; DGS, 2008).

2.2. Cárie dentária

A cárie dentária é um processo patológico, infeccioso e de origem externa, que se caracteriza pelo amolecimento da estrutura dura do dente evoluindo para cavidade (Fejerskov & Kidd, 2005).

A cárie dentária resulta de interacções complexas entre bactérias que produzem ácido, substratos metabolizáveis por essas bactérias, tempo e outros factores do hospedeiro, incluindo a saliva (Selwitz, Ismail & Pitts, 2007).

É uma doença de etiologia multifactorial, podendo os diversos factores etiológicos ser agrupados em primários, essenciais à ocorrência da doença, e secundários, que influenciam a evolução das lesões. Em relação aos factores primários, consideram-se os factores do hospedeiro (tecidos dentários susceptíveis à dissolução ácida), os factores do agente (bactérias orais com potencial cariogénico) e os factores do ambiente (substrato adequado à satisfação das necessidades das bactérias cariogénicas, nomeadamente o consumo frequente de hidratos de carbono refinados) (Fejerskov & Kidd, 2005).

Apesar de não ser um factor essencial à ocorrência de cárie, a saliva também desempenha um papel muito importante na patogénese da doença, ao condicionar a expressão clínica das lesões através de vários mecanismos. Nomeadamente, uma acção de limpeza das superfícies dentárias, a eliminação do substrato, a importante

capacidade tampão e a sua acção anti-bacteriana (Al-Otaibi, 2004; Fejerskov & Kidd, 2005; Pereira, 1993).

Segundo Petersen, Bourgeois, Ogwa e Ndiaye (2005) a cárie dentária afecta 60-90% das crianças em idade escolar e uma vasta maioria de adultos.

De acordo com os últimos dados nacionais, recolhidos no Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais em 2005/2006, a percentagem de jovens livres de cárie (CPO=0) aos 15 anos era de 28% (DGS, 2008). Dos 72% com experiência de cárie: 51% dos dentes permanentes estavam cariados, 11% perdidos devido a cárie e 38% estavam tratados. O índice CPO (número de dentes Cariados, Perdidos e Obturados) foi de 3,04 para esta população (C=1,56; P=0,34; O=1,14).

A prevenção da cárie dentária depende de uma combinação de estratégias comportamentais que ajudem a reduzir a formação da placa bacteriana; a inibir a produção de ácidos pelas bactérias da placa bacteriana (Wilkins, 2005); a fortalecer o esmalte reduzindo a sua solubilidade e favorecendo a sua remineralização (Axelsson, 2000) e a estimular o fluxo salivar após as refeições principais (Marsh, 2003).

A maturação da placa bacteriana pode ser inibida através de uma boa técnica de escovagem e limpeza interdentária; da redução da ingestão de hidratos de carbono fermentescíveis entre as principais refeições ou substituindo esse consumo por alimentos sem açúcar; da utilização de produtos fluoretados, proporcionando aos dentes uma maior resistência aos ataques ácidos, e de visitas de controlo periódicas aos profissionais de saúde (Axelsson, 2000; Marsh, 2003; Westfelt, 1996; Wilkins, 2005).

2.3. Doenças periodontais

As doenças periodontais são condições inflamatórias dos tecidos de protecção e suporte dos dentes que podem afectar crianças, adolescentes e adultos (Rocha, Abdallah, Cezário, Abreu & Costa, 2007). A maioria das crianças apresenta sinais de gengivite e, entre os adultos, os estados iniciais das doenças periodontais têm elevada prevalência (Petersen et al., 2005).

A existência de doença periodontal está associada ao aumento da acumulação de placa bacteriana junto à margem gengival, que desencadeia uma resposta inflamatória por parte do hospedeiro.

O termo “doença periodontal” engloba dois grandes grupos de alterações inflamatórias, as gengivites e as periodontites. A gengivite é uma lesão reversível quando cumpridos comportamentos simples e eficazes de higiene oral, a periodontite é uma patologia irreversível e cumulativa que pode conduzir à perda total da dentição (Fuenmayoor, Buitrago & Firmino, 2002).

As doenças gengivais são infecções não destrutivas, que englobam entidades patológicas causadas por uma variedade de factores etiológicos e que atingem cerca de 80% das crianças e adolescentes. (Albandar & Tinoco, 2002; Jenkins & Papapanou, 2000 2001; Rocha et al., 2007).

Embora o tipo mais comum de doença periodontal nas crianças e adolescentes seja a gengivite, as periodontites também podem ocorrer (Rocha et al. 2007).

Albandar e Rams (2002) descrevem a periodontite como uma forma de doença caracterizada por inflamação dos tecidos periodontais que leva à migração apical da inserção epitelial e perda dos tecidos periodontais moles e duros.

Tanto a gengivite como a periodontite resultam de um processo multifactorial e são, indiscutivelmente, causadas por microrganismos (Axelsson, 2002). A sua origem pode ser inflamatória, traumática, genética ou metabólica (Pihlstrom, Michalowicz & Johnson, 2005). A destruição do periodonto vai resultar da resposta do hospedeiro susceptível à agressão bacteriana (Takashiba & Naruishi, 2006). Esta susceptibilidade depende parcialmente da resposta imunitária do hospedeiro, podendo também ser influenciada por factores comportamentais tais como hábitos tabágicos e *stress* (Quirynen, Teughels, De Soete & Van Steenberghe, 2002).

Sendo a gengivite e a periodontite problemas distintos, a primeira tem sido geralmente estudada pelo indicador de hemorragia gengival pós-sondagem, enquanto que a medição da perda de inserção periodontal tem sido usada como indicador de periodontite.

Evidências científicas sugerem que existe uma menor prevalência e severidade de cárie dentária nos indivíduos que apresentam saúde gengival e periodontal (Bravo, Llodra & Cortés, 2002).

De acordo com os dados nacionais de prevalência da doença periodontal, verificou-se que, aos 12 e aos 15 anos, as doenças periodontais afetavam, aproximadamente 70% e 80% dos jovens, diminuindo com a idade a prevalência de adolescentes com gengivas saudáveis (de 29% para 22%) e aumentando, significativamente, a percentagem dos que tinham cálculo (de 36% para 52%) (DGS, 2008).

A prevenção de problemas periodontais passa por intervir nos factores comportamentais e na redução ou eliminação dos microrganismos patogénicos presentes na cavidade oral (Quirynen et al., 2002).

A prevenção das doenças periodontais consiste essencialmente no controlo da placa bacteriana supra e subgengival, através da utilização de meios mecânicos de remoção de depósitos moles e duros da superfície dos dentes (Westfelt, 1996). Quando a utilização dos meios mecânicos não é suficiente, o uso de um agente químico que auxilie no controlo da placa bacteriana e na redução do processo inflamatório associado à doença periodontal pode ser um coadjuvante.

2.4. A Saúde oral e os adolescentes

A adolescência é um período no qual se verifica um aumento da atenção e da tomada de consciência sobre o estado físico e o bem-estar. Este período é tradicionalmente encarado, pelos adolescentes, como uma fase de óptima saúde com baixos níveis de morbilidade (Sells & Blum, 1996).

Os problemas de saúde dos adolescentes estão muitas vezes associados ao seu comportamento, à sua interacção com o ambiente e a mudanças sociais radicais às quais são altamente vulneráveis (Di Clemente, Hansen & Ponton, 1996; OMS, 1993).

Julga-se que existe uma relação entre os comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes e o seu subsequente estado de saúde como adultos (Routh, 1988). Routh refere que os comportamentos não saudáveis dos adultos são difíceis de

mudar e que por esta razão é importante que se intervenha durante a adolescência, antes que os maus comportamentos se instalem.

Todavia, Grilo e Pedro (2005) referem a reduzida motivação para desenvolver bons hábitos em saúde como uma barreira à adopção de comportamentos saudáveis. As autoras defendem que, geralmente, os indivíduos são mais saudáveis na idade em que estes comportamentos deviam de ser adquiridos, não sentindo um efeito imediato notório sobre o seu bem-estar. O optimismo irrealista dos jovens, quando ponderam a probabilidade de vir a adoecer, oriundo de um conjunto de crenças que lhes dão a noção exagerada da capacidade para controlarem a sua saúde, leva-os a negligenciar a ameaça que os seus comportamentos podem ter sobre a mesma (Grilo & Pedro, 2005).

Também Radius, Dilman, Becker, Rosenstock e Horvath (1980) e Goshman (1982) reforçam estas ideias quando dizem que os adolescentes subestimam o risco de doença, tendo a percepção de que não são susceptíveis, ou vulneráveis a problemas que afectem a sua saúde.

Para Pereira (2006), a investigação sobre a saúde dos jovens e os seus comportamentos saudáveis, bem como os factores que os influenciam é essencial para o desenvolvimento eficaz de uma educação para a saúde, de políticas, programas e práticas de promoção da saúde cujo alvo sejam os jovens.

Num estudo realizado por Elias, Cano, Mestriner, Wilson e Merriani (2000) sobre a importância que os adolescentes davam à sua saúde oral, os resultados apontaram para que os dentes cariados, ausentes e ainda a halitose eram factores de grande influência na saúde oral. Estas condições foram referidas como prejudiciais para o convívio social dos adolescentes e como influência negativa da auto-imagem. Segundo o mesmo estudo, foi possível observar que as motivações que os levavam a cuidar da saúde oral focaram a aparência pessoal, a sexualidade, o emprego e a saúde geral.

De facto, os problemas orais, especialmente os relacionados com a aparência dos dentes, podem interferir significativamente no bem-estar psicológico e na interacção social dos adolescentes (Shaw, 1981). Em algumas situações, a presença de dentes alinhados exerce forte influência sobre a percepção de beleza, a identificação

com o sucesso profissional e a inteligência e a associação com indivíduos mais favorecidos socialmente (Kerousuo, Hansen, Laine & Shaw, 1995).

Segundo Weyne (1997), uma boca sadia garante uma boa aparência, expressão e comunicação interpessoal. Acrescentando que, a nível psicossocial, uma boca saudável é um factor da maior importância na preservação de auto-estima.

Para Jenny e Proshek (1986), o desejo de ter uma boa aparência já não pode ser encarado como um sinal de vaidade pois, muitas vezes, é uma necessidade. Os autores mostram que nas ocupações consideradas de prestígio, ou onde os funcionários são vistos pelo público, estes, devem possuir uma boa estética oral. Uma boa aparência física é, também, importante nas entrevistas de emprego.

Na escala de prioridades quanto aos problemas de saúde oral, a mal oclusão figura na terceira posição, superada apenas pela cárie dentária e pelas doenças periodontais (WHO, 1989).

A insatisfação com a aparência é comum na adolescência e, muitas vezes, afecta a auto-estima. Segundo um estudo, realizado por Peres, Barros, Alnselmi, Peres e Barros (2008), para verificar se a maloclusão tinha impacto na satisfação com a aparência dos adolescentes verificou-se que, dos 867 participantes, 29,8% dos rapazes e 46,5% das raparigas estavam insatisfeitos com a sua aparência.

Investigações diversas levaram a concluir que dentro dos factores que influenciam a procura pelo tratamento ortodôntico estão: a capacidade de pagamento (Peres, Traebert & Marcenes, 2002), a associação do uso de aparelhos fixos com “*status*” ou moda (Baldwin, 1980), a preocupação dos pais com a estética oral dos filhos (Kilpelainen, Phillips & Tulloch, 1993; Marques et al., 2006) e recomendação profissional (Gosney, 1986).

Birkeland (1999), refere que os indivíduos mais dispostos a procurar tratamento ortodôntico para melhorar a sua estética oro-facial, são aqueles que apresentam uma auto-estima mais elevada.

2.5. O estado de saúde oral de estudantes universitários

Diversos estudos têm vindo a ser realizados com o intuito de avaliar o estado de saúde oral de estudantes universitários e compreender a relação entre aquele e os seus conhecimentos, comportamentos, atitudes, ou evolução nos cursos.

Na Índia, Sharda e Shetty (2009) realizaram um inquérito epidemiológico a uma amostra de 825 estudantes de cursos de administração, engenharia, fisioterapia e homeopatia com uma média de idades de $19,38 \pm 1,57$ anos. O objectivo do estudo foi compreender a relação das condições de saúde periodontal e da existência de cáries dentárias com os conhecimentos, atitudes e comportamentos dos estudantes. A percentagem de estudantes com cálculo foi de 43,8% e 14,1% apresentaram uma média de dentes cariados, perdidos e obturados moderada e elevada ($CPO > 4$), sendo que 46,2% do total dos estudantes tinham dentes cariados.

A análise estatística mostrou que os comportamentos em saúde oral dos estudantes dependiam das atitudes ($p < 0,001$). Porém, não se encontrou relação estatisticamente significativa entre os comportamentos e os conhecimentos. Também a média de CPO foi dependente dos comportamentos em saúde oral ($p < 0,05$), mas não se encontrou uma relação significativa entre os conhecimentos e as atitudes dos estudantes. O estado periodontal foi independente dos conhecimentos, mas mostrou ter uma relação significativa com as atitudes e comportamentos dos estudantes. Os autores concluíram que as atitudes positivas e a aderência a bons comportamentos em higiene oral estão associados a melhor saúde oral.

Um estudo multicêntrico transversal, realizado por Bono, Brunotto, Almerich e Molina (2006), comparou o estado de saúde oral e os hábitos de higiene oral entre estudantes universitários da Argentina, Itália e Espanha. Os autores seleccionaram uma amostra de estudantes de medicina dentária, arquitectura, economia, engenharia e filosofia. Preencheram o odontograma de cada estudante e registaram os respectivos índices de acumulação de placa bacteriana e de hemorragia gengival. Também foi realizado um inquérito de respostas múltiplas sobre hábitos de higiene oral.

Os autores concluíram não haver associação entre a carreira profissional escolhida e os hábitos de higiene oral e índices de saúde oral. A maioria (78%) dos estudantes apresentou sinais de gengivite e acumulação de placa bacteriana, sendo os

italianos os que apresentaram percentagens mais baixas nos índices utilizados. As cáries activas encontraram-se em maior número nos estudantes espanhóis (78%) e argentinos (74%), sendo que o maior número de obturações (96%) se encontrava nos estudantes italianos. A maioria (70%) dos estudantes referiu escovar os dentes depois de cada refeição e não utilizar o fio dentário nem quaisquer elixires na sua higiene oral (58%).

Brusokaite, Januleviciute, Kukleris e Zekonis (2003) realizaram um estudo com 292 estudantes de medicina dentária dos segundos ao quintos anos da Universidade de Medicina do Kaunas, Lituania, para analisar possíveis alterações nas condições orais e a capacidade dos estudantes avaliarem necessidades de tratamentos dentários simultaneamente com o aumento dos seus conhecimentos em saúde oral. Foram realizados exames orais com o registo do índice CPO (dentes Cariados, Perdidos e Obturados), entrevistas respeitantes aos cuidados de higiene oral praticados em casa e percepção de necessidades de tratamentos dentários. Verificou-se que os alunos do segundo ano apresentaram três vezes mais dentes com lesões de cárie não tratada comparativamente com os do quinto ano. Os estudantes do 4º e 5º ano apresentaram a melhor avaliação de necessidades de tratamento, possivelmente devido ao seu nível de educação e maior experiência clínica que os colegas do 2º e 3º ano. A importância do auto-cuidado em higiene oral revelou-se mais acentuada entre os estudantes do 4º e 5º ano. A maioria referiu escovar os dentes duas vezes por dia e utilizar o fio dentário mais regularmente que os do 2º ano. A média de CPO foi aumentando com os anos de estudo. A componente “C” (cariados) foi diminuindo ao longo da evolução nos anos do curso e a componente “O” (obturados) foi aumentando.

Os autores concluíram que a prática constante e o desenvolvimento dos conhecimentos dos estudantes se reflectiram na capacidade de realizarem uma adequada auto-avaliação do seu estado dentário, hábitos de higiene e condições de saúde oral.

Em Barcelona, Cortes, Nevot, Ramon e Cuenca (2002) confrontaram a saúde oral de estudantes de medicina e de medicina dentária. Os autores constataram que, no final do curso, os estudantes de medicina tinham mais dentes presentes na boca que os de medicina dentária (29,80 vs. 28,94 [$p=0,022$]) pois muitos dos estudantes de

medicina dentária extraíram terceiros molares. Os valores de CPO eram mais baixos nos estudantes de medicina 4,33 vs. 5,91 ($p=0,038$), porém, a componente “C” dos estudantes de medicina mostrou-se mais elevada que a dos estudantes de medicina dentária no final do estudo. Todos os estudantes de medicina dentária se tinham submetido a tratamentos dentários diversos. No final do estudo as diferenças de tratamentos dentários realizados foram significativas.

3.O papel da percepção na qualidade de vida e saúde oral

A qualidade de vida é definida como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1998).

A qualidade de vida em adolescentes está intimamente relacionada com a sua saúde mental e bem-estar subjectivo (Gaspar, Pais Ribeiro, Matos & Leal, 2008).

Para vários investigadores, o conceito de “qualidade de vida” é dinâmico, complexo e difere de cultura para cultura, de época para época, de indivíduo para indivíduo e até num mesmo indivíduo se modifica com o decorrer do tempo (Allen, 2003).

A investigação em saúde está cada vez mais atenta à avaliação da qualidade de vida, pois é essencial verificar o impacto que as doenças têm, não só na saúde física, como na saúde psicológica dos indivíduos.

Para Gaspar et al. (2008), a qualidade de vida relacionada com a saúde demonstra claramente a importância de factores ecológicos, sendo estes resultados inconsistentes com programas que se focam exclusivamente nas mudanças individuais em vez de se focarem no ambiente. Assim, os autores referem que não se devem incluir esforços apenas para mudar o comportamento individual, mas também incluir esforços para modificar o ambiente envolvente.

A saúde oral tem vindo, historicamente, a ser avaliada através de critérios exclusivamente clínicos, os quais não permitem determinar o impacto real dos problemas orais no bem-estar e na vida dos indivíduos (Castro, Portela & Leão, 2007).

Assim, critérios de saúde oral relacionados com a qualidade de vida têm vindo a surgir para captar aspectos não clínicos da saúde oral (Brennan, Sing, Spencer &

Thomson, 2006). Os vários instrumentos de investigação construídos têm o objectivo de avaliar os efeitos psicológicos e sociais das doenças orais e o seu impacto nas actividades do dia-a-dia. Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida em saúde oral, passíveis de serem usados, fazem parte do Sistema de Vigilância da Saúde na Europa (European Commission, 2005).

A relação da saúde oral com a qualidade de vida é definida como a percepção que cada indivíduo tem da forma como é afectado o seu bem-estar relativamente a factores funcionais, psicológicos, sociais, experiências de dor ou desconforto e preocupações oro-faciais (Naito et al., 2006).

Para Gaspar et al. (2008), as percepções de qualidade de vida determinam uma visão das condições de vida através dos olhos dos próprios indivíduos, podendo revelar o que é importante para eles, incluindo o nível e determinantes da sua saúde com o contexto das suas vidas.

A percepção dos indivíduos relativamente às suas condições de saúde oral é frequentemente diferente da opinião dos profissionais de saúde (Allen, 2003).

A importância de se aceder tanto às percepções de saúde dos indivíduos como à real presença ou ausência de doença, está no facto de serem necessários dados concretos para melhor compreensão das situações encontradas e também para se poderem desenvolver programas comunitários de promoção de saúde e prevenção de doenças eficazmente orientados (Allen, 2003).

Segundo os dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 de Portugal Continental relativos à auto-apreciação de qualidade de vida, verifica-se que os residentes com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos avaliaram maioritariamente (68,5%) a sua qualidade de vida como *boa* ou *muito boa*. A proporção que avaliou a sua qualidade de vida como *nem boa nem má* foi de 29,6%. A perspectiva dos homens sobre a sua qualidade de vida apresenta-se mais favorável que a das mulheres, verificando-se que a proporção de homens que avaliaram esta condição como *boa ou muito boa*, 73,5%, era superior em cerca de 10 pontos percentuais à proporção de mulheres com opinião idêntica (INE/INSA, 2009).

O diagnóstico da percepção de saúde dos adolescentes ajuda a perceber como é que eles se sentem fisicamente, emocionalmente e socialmente, sendo este dado um

excelente indicador do seu bem-estar (OMS, 2000). Por esta razão, a importância de se estudar a forma como os jovens avaliam o seu estado de saúde tem sido referenciada em diversos estudos nacionais (PNS, 2004; Matos, 2003) e internacionais (Mendoza, Sagrega & Batista, 1994; Garcia-Merita & Soler, 2002).

A percepção e a avaliação de saúde que os jovens fazem de si próprios são importantes, sendo uma área onde futura investigação é necessária, não só para confirmar o entendimento dos conceitos, como também para validar, por grupos e por género, a importância atribuída à saúde oral (DGS, 2008).

A percepção de bem-estar tem sido assinalada como um forte indicador de problemas de saúde na adolescência. Na ausência ou fragilidade da percepção de bem-estar parecem ocorrer com mais frequência distúrbios muitas vezes revelados por sinais físicos ou psicológicos (Matos et al., 2006 ^a).

Apesar da percepção de saúde oral ser considerada uma medida subjectiva, Atchison e Gift (1997) e Jones et al. (2001), sugerem que a percepção de um indivíduo sobre a sua saúde oral é muito importante, pois é determinada pelas suas condições clínicas e pelo impacto da saúde na sua vida diária.

Avaliar a percepção que os adolescentes têm da sua saúde oral é considerada uma medida útil em medicina dentária, devido à relação existente entre a percepção e a procura de serviços especializados (Atchison & Gift, 1997; Brunswick & Nikias, 1975; Garbin, Garbin, Moimaz & Gonçalves, 2009).

Para Clemente et al. (2010), a percepção que um indivíduo tem da sua saúde oral mede o valor que lhe atribui e a probabilidade de procurar cuidados para alcançar um estado de saúde melhor.

Brunswick e Nikias (1975) procuraram investigar as relações entre a percepção de saúde oral dos adolescentes e as avaliações dos dentistas. Foi encontrada concordância entre as avaliações dos dentistas e a percepção dos adolescentes relativamente ao estado de saúde dentário, todavia as condições de saúde periodontal não foram tão bem autoavaliadas pelos adolescentes.

Outros estudos revelam que as percepções de "melhor" saúde oral estão directamente relacionadas com maior número de visitas ao dentista, maior número de

dentes presentes na boca, menor número de dentes cariados e obturados e melhores condições periodontais (Atchison & Gift, 1997; Gift, Atchison & Drury 1998)

Também, num estudo realizado por Alves e Gonçalves (2009), sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida, se verificou que a percepção de saúde oral varia consoante os problemas orais dos indivíduos. Os resultados demonstraram que os indivíduos com cáries activas avaliavam-se com um grau de saúde oral significativamente inferior ao dos indivíduos que não tinham cáries. As autoras também concluíram que com o aumento da percepção da condição de saúde oral tende a diminuir a prevalência de patologia oral devido ao aumento de cuidados por parte dos indivíduos.

3.1. Percepção de saúde dos adolescentes portugueses

O HBSC/ OMS (*Health Behaviour in School-aged Children*) é uma investigação da Organização Mundial de Saúde, que pretende estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. Iniciou-se em 1982 com investigadores de 3 países: Finlândia, Noruega e Inglaterra e, pouco tempo depois, foi adoptado pela OMS como um estudo colaborativo. Neste momento conta com 44 países, entre os quais Portugal, membro integrado desde 1996 e associado desde 1998 (Currie, Smith, Boyce & Smith, 2001). Segundo Matos et al. (2006^a), os resultados do estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) de 2006 mostram que a maioria dos adolescentes, com dezasseis anos ou mais, percepção o seu estado de saúde positivamente: 34,6% referem-na como *Excelente*, 50,1% como *Boa*, sendo que apenas 14,4% a referem como *Média* e 9% como *Má*.

Neste estudo verificaram-se diferenças significativas entre géneros, são significativamente mais os rapazes que percebem a sua saúde como excelente comparando com as raparigas. Também ao nível da idade se verificam diferenças a considerar, com os grupos mais novos a perceberem a sua saúde como excelente de forma mais acentuada.

Numa investigação realizada por Real, Balaguer, Dias, Corredeira e Fonseca (2008) sobre a percepção e comportamentos relacionados com a saúde dos

adolescentes portugueses, concluiu-se que existe uma forte associação positiva entre comportamentos protectores de saúde e avaliação positiva da saúde. Quando os autores analisaram a percepção de saúde dos adolescentes, verificaram que a maioria fazia uma boa ou mesmo muito boa avaliação do seu estado de saúde, com 72,0% dos jovens a fazerem uma avaliação bastante positiva da sua saúde e apenas 4,0% a referirem uma percepção negativa.

A diferença encontrada entre os géneros foi estatisticamente significativa, sendo os rapazes quem mais positivamente avaliava a sua saúde (23,0% dos rapazes tinham uma percepção muito boa da sua saúde comparativamente a apenas 13,0% das raparigas). Encontraram, no entanto, percentagens praticamente iguais de raparigas e rapazes com uma percepção boa do seu estado de saúde (respectivamente 56,0% e 52,0%). No lado oposto, as percentagens dos jovens que avaliavam a sua saúde de uma forma negativa, foram muito baixas e praticamente iguais nos dois géneros (4,0% no feminino e 3,0% no masculino).

Na análise efectuada em função da idade e do género, constatou-se que, em ambos os géneros, à medida que avançava a idade, piorava a percepção de Saúde. Nos rapazes, aos 12/13 anos, 80,0% faziam uma avaliação positiva da sua saúde, baixando essa percentagem para 70,0% nos maiores de 17 anos. Nas raparigas, nas mesmas idades, a percentagem baixava de 80,0% para 61,0%.

É importante salientar que os rapazes, em todos os escalões etários, fazem uma avaliação da sua saúde mais positiva do que as raparigas (Real et al., 2008).

O mesmo sucede nos dados recolhidos pelo 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 de Portugal Continental (publicado em 2009) relativos à auto apreciação do estado de saúde da população entre os 15 e os 24 anos. Maioritariamente, os jovens (80,8%) avaliaram o seu estado de saúde como *muito bom*. A proporção que avaliou o seu estado de saúde como *razoável* foi de 18,0%. A perspectiva dos rapazes sobre o seu estado de saúde apresentou-se mais favorável que a das raparigas, verificando-se que a proporção de rapazes que avaliaram esta condição como *muito boa*, 84,2%, era superior à proporção de 77,3% raparigas com opinião idêntica (INE, I.P./INSA, I.P., 2009)

CAPITULO II

A INFLUÊNCIA DOS COMPORTAMENTOS NA SAÚDE ORAL

Segundo Bennett e Murphy (1999), existem provas substanciais de que o comportamento influencia o estado de saúde.

Carmody (1997) referiu que, qualquer comportamento que afecta a saúde, positiva ou negativamente, pode ser considerado um comportamento de saúde.

Para Conner e Norman (1996) “comportamentos de saúde” podem ser definidos como acções praticadas por indivíduos, que se percebem como saudáveis, com o objectivo de prevenir o surgimento de mal-estar ou doença.

Nutbeam (1998) define comportamentos de saúde como qualquer actividade desenvolvida por um indivíduo, independentemente do seu estado de saúde actual ou percebido, com o objectivo de promover, proteger ou manter a saúde, quer esse comportamento seja ou não objectivamente eficiente para o fim.

Ogden (1996) analisou a relação entre os comportamentos de saúde e o estado de saúde e sugeriu que os comportamentos de saúde fossem classificados como positivos ou negativos.

Os comportamentos de saúde positivos compreendem actividades que contribuem para a promoção da saúde, protecção do risco de acidentes e detecção da doença e deficiência num estágio precoce. Os comportamentos de saúde negativos envolvem as acções praticadas por indivíduos, que conduzem a um aumento de risco de doença (Steptoe & Wardle, 1996).

Fundamentalmente, os vários modelos de comportamentos de saúde baseiam-se nos significados que os indivíduos dão à saúde, salientando a importância dos conhecimentos, atitudes, valores, aptidões e crenças (Matos & Albuquerque, 2006).

1. Comportamentos como determinantes de saúde

A importância dos comportamentos na saúde e na prevenção das doenças começou a ter expressão após a Segunda Guerra Mundial. Um dos estudos pioneiros sobre esta relação sugere que o comportamento humano, incluindo o modo como as pessoas interagem com o meio ambiente, é em grande parte responsável pelas doenças nos países desenvolvidos (Lalonde, 1974). Com este pressuposto, Lalonde definiu o conceito de “estilo de vida” como “o agregado de decisões individuais que afectam a vida de cada um e sobre as quais se tem algum controlo”.

Mais tarde, a Organização Mundial de Saúde definiu “estilo de vida” como um conjunto de estruturas mediadoras que reflectem uma totalidade de actividades, atitudes e valores sociais (WHO, 1986), e como “um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores” (WHO, 1988).

Os determinantes da saúde podem ser categorizados como: comportamentos pessoais e estilos de vida, influências da comunidade que podem manter ou prejudicar a saúde, condições de vida e de trabalho, acesso aos serviços de saúde e condições socioeconómicas, culturais e ambientais gerais (DGS, 2004).

Os comportamentos relacionados com a saúde têm sido apontados como um dos principais factores determinantes da mesma (Ogden, 1996).

Segundo o último *Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*, realizado em Portugal e publicado pela Direcção Geral da Saúde (DGS) em 2008, o conhecimento dos determinantes de saúde que afectam a saúde oral e a qualidade de vida dos jovens são da maior importância para sustentar a definição de políticas de redução do risco e de promoção da saúde. Segundo o mesmo estudo, o estado de saúde da boca e dos dentes é condicionado por determinantes relacionados com conhecimentos e comportamentos.

2. Comportamentos em saúde oral - O papel da remoção e controlo de placa bacteriana na prevenção da cárie dentária e doenças periodontais

Há muito tempo que se demonstrou a eficácia na redução de problemas orais, dos procedimentos de higiene oral que promovem a remoção de placa bacteriana. A escovagem e a utilização de fio dentário, ou outro método de remoção de placa bacteriana interdentária, continuam a ser os mais importantes comportamentos em higiene oral para manter a gengiva saudável e prevenir a cárie dentária (Axelsson, 2000; Axelsson, 2002; Barenie, Lescke & Ripa, 1976; Hugoson & Koch, 1981; Lindhe, Axelson & Tollsog, 1975).

Legido e Casais (2002) acrescentam que a prevenção de doenças orais é mais eficaz se associarmos aos comportamentos, atrás descritos, a remoção mecânica profissional da placa bacteriana em consultas regulares de Higiene Oral.

A patogenia da placa bacteriana pode ser diminuída mecanicamente, com a realização diária da escovagem, do fio dentário ou outras técnicas de higiene oral interdentária, e quimicamente, com um elixir ou colutório anti-bacteriano (Thomas & Nakaishi, 2006).

Segundo Rebelo e Sanz (2002), a investigação na área do controlo da placa bacteriana tem-se concentrado nos anti-bacterianos, os quais demonstram variados graus de eficácia em investigação clínica. No entanto, e apesar desta evolução, continua claro, que os procedimentos de controlo mecânico da placa bacteriana continuam a ser uma ferramenta fundamental na prevenção das doenças infecciosas mais importantes da cavidade oral.

Também Alpiste, Gil e Dominguez (2002) concordam que o controlo da placa bacteriana pode ser efectuado quimicamente e mecanicamente; no entanto, reforçam que o controlo químico da placa bacteriana deve ser um complemento e não um substituto da higiene oral mecânica

Maus hábitos em higiene oral estão fortemente associados ao aumento de experiência de cárie, uma boa escovagem remove a placa bacteriana da maior parte das superfícies dentárias e o fio dentário elimina a que fica nas zonas inter dentárias (Gibson & Williams, 1999).

Attin e Hornecker (2005) são da mesma opinião quando referem que a associação das duas técnicas minimiza o número de cáries e previne a formação de placa bacteriana, sendo por isso um benefício na prevenção e controlo desta doença.

Os comportamentos a cumprir para controlo da placa bacteriana requerem uma participação activa por parte dos indivíduos pelo que é indispensável que compreendam que são responsáveis pela sua própria saúde (Legido & Casais, 2002).

A escovagem dos dentes

O objectivo da escovagem é fragmentar a placa bacteriana pela acção mecânica dos filamentos da escova de dentes e retirá-la das superfícies dentárias. A escovagem deve ser feita com uma escova de filamentos macios ou médios e com movimentos persistentes. A pressão da escova nas superfícies dentárias deve ser moderada para não provocar desgastes no esmalte dentário.

A eficácia de remoção de placa bacteriana está fortemente relacionada com o tempo de escovagem (Petersilka, Ehmke & Flemmig, 2002). O tempo aconselhado para a realização de uma escovagem cuidadosa é de aproximadamente dois minutos (Sgan-Cohen, 2005).

Porém, a falta de conhecimentos sobre a severidade das doenças orais e de uma técnica correcta e adaptada de remoção da placa bacteriana, leva a que a grande maioria dos indivíduos escove os dentes regularmente mas não os limpe suficientemente bem (Westfelt, 1996). Várias investigações apontam que a maioria dos indivíduos reduz apenas cerca de 50% a 60% da quantidade de placa bacteriana dos dentes com a escovagem (Kinane, 1999; Van der Weijden & Hioe, 2005). Por esta razão é recomendado que a escovagem seja realizada no mínimo duas vezes por dia e que se realize limpeza interdentária pelo menos uma vez por dia (Kinane, 1999).

A escovagem pode ser feita com ou sem dentífrico. Os dentífricos têm objectivos terapêuticos quando utilizados na redução da sensibilidade e na redução da gengivite, objectivos preventivos relativamente à cárie dentária, e fins cosméticos quando utilizados para a halitose e como branqueadores.

Porém, estudos que tentam definir com precisão o papel dos dentífricos na remoção de placa bacteriana durante a escovagem são inconclusivos. Algumas

investigações afirmam que a eficácia da remoção de placa bacteriana com a escovagem é reforçada com o uso de um dentífrico (Eid & Talic, 1991; Petersilka et al., 2002). Outros investigadores não encontraram diferenças entre a escovagem feita com ou sem dentífrico (Parizotto, Rodrigues, Singer & Sef, 2003). Trabalhos semelhantes demonstraram que a escovagem sem dentífrico consegue remover mais placa bacteriana que com dentífrico (Binney, Addy & Newcombe, 1993 e Paraskevas, Timmerman, Velden & Weijden., 2006). Um estudo mais recente sugere que o uso de dentífrico durante a escovagem de dentes manual não contribui para uma remoção adicional de placa bacteriana, concluindo que a acção mecânica proporcionada pela escova de dentes é crucial para o controlo de placa bacteriana (Paraskevas et al., 2007).

Todavia, com ou sem dentífrico, num estudo realizado em Portugal demonstrou-se que a maioria dos adolescentes e jovens adultos escovam os dentes diariamente e fazem-no maioritariamente duas vezes por dia (Matos et al., 2006b). Nos indicadores de saúde relativos à higiene oral observou-se que, em relação à escovagem dos dentes, a maior parte dos inquiridos diz fazê-lo mais do que uma vez por dia, e que a frequência de escovagem é maior nas raparigas e nos mais velhos. De 2002 para 2006 aumentou o número de adolescentes que referem escovar os dentes mais do que uma vez por dia (de 57,8% para 62,7%).

Os dados recolhidos no 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (Continente) relativos à *frequência de escovagem de dentes por dia* da população portuguesa entre os 15 e os 24 anos, revelam que a maioria dos jovens (80,7%) escova os dentes antes de dormir, 74,9% escova-os duas ou mais vezes por dia e 18,9% apenas o faz uma vez por dia. Do total de inquiridos desta faixa etária, 0,8% (10266) referiram nunca escovar os dentes e 5,4% só o fazerem às vezes. Tal como no estudo de Matos et al. (2006b), são os participantes do género feminino que referem escovar os dentes mais vezes por dia: 80,9% das mulheres referem escovar duas ou mais vezes por dia, contrastando com 69% dos homens (INE./INSA, 2009).

No estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (DGS, 2008), realizado com jovens de 6, 12 e 15 anos, verificou-se que à medida que o grupo etário aumentava, a percentagem de jovens que escovava os dentes com mais frequência

também aumentava. Entre os jovens com 15 anos de idade, 69% referiram escovar os dentes duas ou mais vezes por dia, 21% uma vez por dia, 9% às vezes e 1% disseram não escovarem os dentes.

Neste mesmo estudo, foram procuradas fontes de aprendizagem da escovagem dos dentes. Entre os jovens de 15 anos de idade, 57% referiram ter aprendido a escovar os dentes em casa, 16% na escola, 11,4% foram ensinados por profissionais, 8% não se lembram, 6% referem que ninguém lhes ensinou e 1% refere ter aprendido em revistas, programas de TV e rádio e, ainda, nas embalagens de dentífricos e escovas.

A higiene interdentária

A utilização diária de meios de remoção de placa bacteriana interdentária, pode ajudar a prevenir as doenças periodontais (Petersilka et al., 2002).

O uso de procedimentos específicos de higiene interdentária produz uma melhoria significativa nos índices de placa bacteriana (benefício adicional de 2-57%) e uma tendência para melhoria de variáveis de gengivite (2-43%), justificando a sua importância no controlo e prevenção da gengivite e na prevenção secundária da periodontite. (Herrera & Roldan, 2002). As periodontites e gengivites são predominantemente interproximais, exactamente nos locais onde mais frequentemente existe uma maior acumulação de placa bacteriana (Hugoson & Koch, 1979).

Foram desenvolvidos vários instrumentos de higiene oral para as zonas interdentárias. O fio dentário está mais indicado para espaços estreitos enquanto a fita dentária, o palito e o escovilhão devem ser utilizados em espaços mais largos. Contudo a utilização destes meios não é muito frequente na população em geral.

O fio dentário é pouco utilizado, apesar de ser um suplemento indispensável à escovagem dos dentes para prevenir não só as doenças periodontais como as cáries interdentárias e de ser o método mais comum de higiene entre os dentes (Bellamy et al., 2004).

Kalsbeek et al. (2000) referem que somente 10% da população utiliza fio dentário diariamente de forma eficaz. Também, os dados recolhidos no Estudo Nacional de Doenças Orais, realizado em Portugal no ano lectivo 2005/2006, referem que apenas

10% dos jovens com 15 anos usam o fio diariamente e 79% não o utilizam (DGS, 2008).

Possivelmente este comportamento deve-se à falta de educação adequada, à dificuldade técnica, ao dispêndio de tempo exigido e ao receio de efeitos adversos, que em geral são raros e associados a utilização incorrecta (Herrera & Roldan, 2002; Schuz, Sniehotta & Schwarzer, 2007).

Macgregor, Balding e Regis (1998), verificaram que a resistência à utilização do fio dentário, pelos jovens, se deve às dificuldades e habilidade necessárias para o seu uso. E ainda, à necessidade de aprender a usar o fio e à preguiça de o usar como rotina. Assim, a utilização do fio, segundo os mesmos jovens, ocorre maioritariamente em situações especiais, como festas de fim-de-semana.

As Consultas de controlo de saúde oral

Casals e Manau (2002) referem vários estudos onde a maioria dos indivíduos não consegue manter níveis de placa bacteriana compatíveis com a saúde e, para o conseguir, devem recorrer ao controlo realizado por profissionais.

As consultas de controlo em saúde oral devem incluir a avaliação da acumulação de depósitos com aplicação de corante revelador de placa bacteriana, instruções de higiene oral, sondagem para medição de bolsas periodontais, registos de hemorragia à sondagem, avaliação dentária, remoção de depósitos duros e de placa bacteriana supra e sub gengival, polimento de coroas dos dentes, aplicação de fluoretos e os exames radiográficos necessários. (Westfelt, 1996).

As evidências científicas comprovam que, tanto em crianças como em adultos, a realização frequente de consultas de controlo de saúde oral realizadas por profissionais reduz de forma significativa a gengivite, a perda de inserção periodontal e a incidência de cáries, sempre que nestas sessões sejam incluídas educação e motivação para comportamentos de higiene oral, e aplicação de produtos fluoretados (Casals & Manau, 2002).

Petersilka et al. (2002) reforçam a importância dos ensinamentos de escovagem durante as consultas de controlo de saúde oral. Os autores explicam que os pacientes

que recebem instruções sobre como efectuar a remoção de placa bacteriana com a escova de dentes, aumentam a eficácia da escovagem em 30%.

A periodicidade das consultas deve ser individualizada, dependendo das necessidades de cada indivíduo. Estudos apontam para intervalos que variam entre os 3 e os 24 meses (Seena, Bay & Glick, 2010). Porém existem indivíduos que raramente recorrem a consultas de controlo.

Frasquilho (1998) indica que os adolescentes recorrem muito pouco aos serviços de saúde. Eles resistem a aderir ou a perceberem a importância de aderir a recomendações profissionais de saúde devido à vitalidade própria da sua idade.

Segundo os últimos dados portugueses divulgados (2005/2006), 13,7% dos habitantes do Continente entre os 15 e os 24 anos de idade nunca visitaram um profissional de saúde oral – 11,5% referem nunca ter necessitado e 1,3% consideram as consultas muito caras. A diferença entre os géneros é de 6 pontos percentuais, sendo mais os inquiridos do género masculino (16,6%) que nunca foram a uma consulta. Dos 48,1% dos jovens que foram a uma consulta com um profissional de saúde oral durante o ano da realização do inquérito, 23,9% teve como objectivo fazer uma higienização, 15,4% foi por situação de urgência/dor, 11,8% para extracção de dentes, 9,5% para a visita anual de controlo, 6,4% para conhecer o estado de saúde da boca, 6,4% para aplicação de selantes de fissura e 0,2% para colocação de prótese (INE./INSA., 2009).

A diferença entre os géneros não se evidencia nos diferentes parâmetros analisados, porém consegue-se compreender uma certa tendência para o controlo e prevenção de problemas orais por parte da população estudada, visto que a maioria (46,1%) recorreu a uma consulta para diagnóstico, controlo ou tratamentos preventivos.

3. Avaliação de comportamentos e atitudes em saúde oral

Entre os instrumentos de investigação disponíveis na literatura científica, utilizados para identificar atitudes e comportamentos em saúde oral, encontra-se o *Hiroshima University Dental Behavioural Inventory* (HUDBI).

O HUDBI, desenvolvido por Kawamura (1988), consiste num inventário de 21 respostas dicotómicas (concordo/discordo) para examinar atitudes e comportamentos

relativos à saúde oral. Para cada um dos itens que compõem o instrumento, os sujeitos deverão decidir se concordam ou discordam com cada uma das situações apresentadas. Dos 21 itens que compõem o questionário, 9 são considerados como “dummy”. O somatório das respostas apropriadas revela uma estimativa quantitativa das atitudes e comportamentos em saúde oral. Quanto mais elevada for a pontuação obtida, melhores são as atitudes e comportamentos, sendo a cotação máxima de 12 pontos.

O HUDBI, mostrou ter uma boa consistência interna (α de Cronbach=0,76) e obteve um valor aceitável no teste de reprodutibilidade (0,73) quando aplicado a uma amostra de 517 estudantes universitários Japoneses após um período de quatro semanas (Kawabata, Kawamura, Miyagi, Aoyama & Iwamoto, 1990).

O inventário já foi traduzido do japonês para doze línguas, inclusive português (Brasil), sendo novamente retraduzidos para inglês e comparados com a versão inglesa pelos co-autores. Posteriormente, as diversas versões foram aplicadas a 1,096 estudantes finalistas dos cursos de medicina dentária em dezassete países para explorar e descrever atitudes e comportamentos relativos à saúde oral a nível internacional (Komabayashi et al., 2006).

O HUDBI tem vindo a ser relacionado com diversos índices de saúde oral, verificando-se a existência de correlações significativas entre os comportamentos em saúde oral, o nível de higiene oral, a saúde dentária e periodontal. A validade concorrente do HUDBI, com o índice de saúde gengival e nível de higiene oral (Oral Rating Index – ORI), foi testada em 589 estudantes de medicina dentária japoneses e australianos (Kawamura, Sasahara & Iwamoto, 1998). Os resultados mostraram existir uma relação positiva directa entre os dois instrumentos de medida. Quanto melhores os comportamentos e atitudes em saúde oral, melhores foram os níveis de saúde gengival e higiene oral (Kawamura, Iwamoto & Wright, 1997).

Para investigar a relação epidemiológica entre atitudes e comportamentos e a história de cárie em jovens adultos, Levin e Shenkman (2004) aplicaram o inventário HUDBI e avaliaram o índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO) em 123 recrutas com 18 e 19 anos. Os autores constataram que valores baixos de CPO se correlacionavam significativamente com valores altos de HUDBI, ou seja, baixos níveis

de história de cárie dentária estão associados a atitudes e comportamentos em saúde oral mais positivos. Os autores evidenciaram a preocupação e a ênfase que devem ser dados à motivação e educação para a saúde oral, pois a melhoria de atitudes e comportamentos da população pode consequentemente melhorar a sua saúde oral.

Similarmente, num estudo realizado em Udaipur (Índia), para investigar a relação entre as atitudes e comportamentos em saúde oral e as condições de cárie dentária, o HUDBI foi aplicado a 1824 estudantes universitários que também se submeteram a exames orais para avaliação do índice CPO. Os resultados exibiram correlações negativas significativas entre os valores obtidos no HUDBI e o número de dentes cariados (Componente “C” do índice CPO) e número de dentes perdidos por cárie (Componente “P” do índice CPO). Também se observou uma correlação positiva entre o número de dentes obturados e os valores de HUDBI (Kumar et al., 2010).

Kawamura et al. (1993) demonstrou uma relação entre a idade e o estado periodontal e uma relação entre o estado periodontal e os comportamentos em saúde oral. Com a utilização do Índice Periodontal Comunitário (IPC) mediu a condição periodontal num grupo de 517 adultos Japoneses e com o HUDBI mediu atitudes e comportamentos em saúde oral desses mesmos indivíduos. O IPC teve uma relação inversa com o HUDBI ($r=0,26$; $p<0,001$) e uma relação directa com a idade ($r=0,40$; $p<0,001$), ou seja quanto melhores as atitudes e comportamentos em saúde oral, menores são os problemas periodontais. Embora com o avançar da idade os problemas periodontais tenham tendência a aumentar.

4. Comportamentos em saúde oral de estudantes universitários

Vários estudos têm vindo a ser elaborados com o objectivo de determinar e confrontar atitudes e comportamentos de estudantes de cursos superiores de ciências da saúde oral de diferentes países, considerando as diferentes culturas e contextos de aprendizagem, nomeadamente, Japão e Austrália (Kawamura et al., 1997); Japão e Finlândia, (Kawamura et al., 2000); França e Japão (Lévy, Kawamura, Misawa & Sasahara, 2005); Grécia e Japão (Polychronopoulou & Kawamura, 2005), Inglaterra e China (Komabayashi et al., 2005); Japão, Coreia, Austrália, Bélgica, Brasil, China, Noruega, França, Alemanha, Grécia, Israel, Reino Unido, Itália, Tailândia e Estados

Unidos da América (Komabayashi et al., 2006) e Austrália, Bélgica, Brasil, China, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hong Kong, Irlanda, Israel, Itália, Japão, Coreia, Malásia, Tailândia e Reino Unido (Kawamura et al., 2005). Não se conhecem investigações desta natureza realizadas em Portugal.

Nestes estudos foram encontradas diferenças relativas a comportamentos de saúde oral entre os vários grupos de estudantes, tais como: escovagem de dentes meticulosa; tipo de escova; utilização de fio dentário; utilização de corante revelador de placa; periodicidade de consultas de controlo de saúde oral, bem como o motivo da sua procura, crenças da inevitabilidade do uso de dentadura ao longo a vida; dos dentes piorarem apesar da escovagem; da sensação de não se conseguir escovar bem os dentes sem dentífrico; de arranjar sempre tempo para escovar os dentes; preocupações com a cor dos dentes, da gengiva e inquietações com a halitose.

As conclusões das diversas pesquisas sugerem a existência de dois grandes grupos de indivíduos, o grupo de “cultura ocidental” e o de “cultura oriental”. A confrontação dos itens do HUDBI caracterizou o “grupo oriental” por apenas ir ao dentista quando têm dor de dentes; pela percepção da inevitabilidade de ter de usar prótese dentária ao longo da sua vida e pela descrença na eficácia da limpeza mecânica dos dentes na prevenção da gengivite. Por outro lado, o “grupo ocidental” partilhou características mais positivas entre atitudes e comportamentos relativos aos auto-cuidados em saúde oral, como a utilização de corante para visualização e remoção da placa bacteriana; a importância de uma escovagem de dentes cuidadosa e a existência de reforço positivo feito pelos dentistas relativamente à escovagem (Kawamura et al., 2005).

Komabayashi et al. (2006) e Kawamura et al. (2005) indicaram não haver diferença entre os estudantes do primeiro ano de medicina dentária e os jovens da mesma comunidade que não frequentam este curso. Sugerindo que, como os seus conhecimentos sobre doenças orais são reduzidos, todos estes jovens são motivados para a manutenção dos seus dentes por preocupações estéticas, aparência e para evitar possíveis dores de dentes.

Para compararem estudantes de cursos diferentes na área de ciências da saúde oral foi elaborado um estudo na Jordânia que comparou estudantes de medicina

dentária, de higiene oral e técnicos de prótese dentária que se encontravam a frequentar os últimos anos dos respectivos cursos (Al-Wahadni, Omiri & Kawamura, 2004). Observou-se que os valores de HUDBI aumentavam com a idade e o nível de educação, ou seja, que os comportamentos e atitudes em saúde oral eram mais positivos. Os estudantes de medicina dentária foram os que apresentaram melhores comportamentos, seguidos pelos de higiene oral e, com piores atitudes e comportamentos, encontraram-se os de prótese dentária. Verificou-se, também, que os estudantes do género feminino se preocupavam mais com a aparência que os do género masculino.

Na Jordânia, Al-Omari e Hamasha (2005) analisaram as diferenças nas atitudes e comportamentos de saúde oral entre o género masculino e o feminino de 375 estudantes finalistas do curso de medicina dentária. As conclusões do estudo sugerem que de uma forma geral os estudantes do género feminino têm atitudes e práticas mais positivas que os do masculino (apresentando valores de HUDBI mais elevados). Contudo, os resultados mostraram que todos necessitavam de melhorar os seus comportamentos em saúde oral para serem modelos positivos para os seus futuros pacientes. Os autores indicaram a necessidade de se enfatizar o ensino do auto-cuidado em saúde oral nestes estudantes e ainda a necessidade de serem realizadas investigações que incluíssem a observação clínica da boca.

Utilizando o HUDBI, Kawamura, Spadafora, Kim e Komabayashi (2002) confrontaram atitudes e comportamentos em saúde oral entre estudantes dos cursos de Higiene Oral dos Estados Unidos da América e da Coreia. As diferenças encontradas foram significativas, apontando aos estudantes dos Estados Unidos melhores atitudes, mesmo no primeiro ano de frequência do curso. Os autores referem a necessidade de se realizarem estudos longitudinais para que se possa atribuir aos currícula dos cursos as alterações nos comportamentos dos seus estudantes.

Kawamura, Ikeda-Nakaoka e Sasahara (2000) investigaram as diferenças nos níveis de auto-cuidado em saúde oral entre estudantes do primeiro e segundo ano dos cursos de enfermagem e de higiene oral. Embora os valores de HUDBI fossem ligeiramente mais elevados nos estudantes de higiene oral logo no primeiro ano comparativamente com os de enfermagem (HUDBI=6,30 Vs HUDBI= 5,88) a diferença

tornou-se significativa no segundo ano de frequência dos cursos, apresentando os de higiene oral comportamentos e atitudes mais positivos. Os autores apontam a provável influência da exposição dos estudantes de higiene oral a conhecimentos adquiridos em disciplinas como medicina preventiva, psicologia da saúde oral, saúde oral comunitária, entre outras - defendendo que o curriculum académico pode ser fundamental para influenciar os comportamentos, atitudes e auto-cuidado em saúde oral dos estudantes.

Entre 1999 e 2003, Rong et al. (2006) realizaram um estudo longitudinal confrontando as atitudes e comportamentos dos estudantes de medicina dentária com os dos estudantes de medicina nos seus primeiros e quintos anos de frequência universitária. Tal como na investigação de Kawamura et al. (2000), não se encontraram diferenças de valores de HUDBI no início dos cursos e as diferenças no final dos cursos foram significativas tanto do 1º para o 5º ano de medicina dentária, como entre estudantes de medicina e de medicina dentária, sendo que os de medicina dentária apresentaram melhores atitudes e comportamentos em saúde oral. Os autores sugerem que as alterações observadas ao nível das atitudes dos estudantes de medicina dentária estão em consonância com recentes introduções no plano de estudos, ao nível de objectivos relativos à aquisição de atitudes. Estes objectivos incluem atitudes de aprendizagem; desenvolvimento pessoal; atitudes inter-profissionais; relação profissional com os pacientes; responsabilidades profissionais e ética profissional.

Outro estudo para determinar as diferenças nos níveis de auto-cuidado em saúde oral entre 118 estudantes romenos dos primeiros anos dos cursos de medicina e de medicina dentária verificou que embora a média obtida no HUDBI dos estudantes de medicina dentária ($6,39 \pm 1,64$) tenha sido mais elevada que a dos estudantes de medicina ($5,9 \pm 1,79$) a diferença não foi estatisticamente significativa (Dumitrescu, 2006).

Dagli, Tadakamadla, Dhanni, Duraiswamy e Kulkarni (2008), realizaram um estudo em 372 estudantes indianos de medicina dentária com o objectivo de avaliar as atitudes e comportamentos destes relativamente à idade, género e nível escolar. Estes autores pretendiam focar-se no currículo do curso para verificar se deveria ou não ser dada mais ênfase a disciplinas do foro preventivo. Concluíram que os estudantes

tinham fracos comportamentos em saúde oral, apesar de estarem muito preocupados com a aparência dos dentes, com a halitose e referirem que verificam sempre no espelho se escovaram bem os dentes. Tal como noutros estudos (Levin & Shenkman, 2004 e Kawamura et al., 2002) não se encontraram diferenças significativas entre os géneros; as atitudes e comportamentos melhoraram ligeiramente com a idade e com a passagem dos anos pré-clínicos para os clínicos tal como no estudo elaborado por Polychronopoulou e Kawamura em 2005.

Com os mesmos objectivos que Dagli et al. (2008), Peker e Alkurt (2009) realizaram uma investigação em 267 estudantes de medicina dentária na Turquia. Este estudo confirmou que as atitudes e comportamentos em saúde oral melhoraram com o aumento dos conhecimentos ao longo do curso. Ainda, que os estudantes do género feminino tinham mais cuidados de saúde oral que os do género masculino apresentando melhores valores de HUDBI.

Resultados semelhantes foram obtidos em estudos realizados em Paris, Barcelona, Argentina e Itália (Bono et al., 2006; Cavaillon, Conge, Mirisch, Nemeth & Sitbon, 1982; Cortes et al., 2002; Kim et al., 2001; Polychronopoulou, Kawamura & Athanasouli, 2002).

5. Mudança de comportamentos – A psicologia e a saúde oral

Não existe nenhum tipo de escova ou método de escovagem que tenham um efeito que se possa sobrepor ao efeito de variáveis como o grau de motivação do indivíduo; a sua habilidade manual e o grau de consciência sobre saúde em geral e saúde oral em particular (Rebelo & Romão, 2002).

Porém, informar e motivar as pessoas é condição necessária mas não suficiente para modificar comportamentos de saúde (Orbell & Sheeran 1998).

Há muitos anos que mudar comportamentos usando simples instruções em higiene oral é questionado (Podshadley & Schweikle, 1970). Intervenções educacionais tradicionais têm vindo a demonstrar pouco valor na aderência a alterações de comportamentos de higiene oral a longo prazo (Renz, Ide, Newton, Robison & Smith, 2009).

Críticas feitas a estudos sobre mudanças de comportamentos relativos à saúde oral referem que apenas se utilizam diferentes métodos com as mesmas abordagens, pressupondo que a simples transmissão de informações sobre a etiologia das doenças orais e instruções de higiene oral muda comportamentos em saúde oral. Também já foi descrito que um aumento dos conhecimentos não resulta necessariamente em atitudes mais positivas (Schou, 1985), e que as atitudes positivas adquiridas nem sempre influenciam os comportamentos individuais (Blinkhorn, Downer, Mackie & Bleasdale, 1981; Melsen & Agerbaek, 1980) e, mesmo que ocorram alterações nos comportamentos em saúde oral, eles parecem ser menos resistentes à deterioração com o tempo que os conhecimentos adquiridos (Hart & Behr, 1980).

Apesar de bem informados e com intenção de agirem, muitos indivíduos falham na adopção e manutenção de comportamentos saudáveis, sugerindo-se que adoptar uma decisão informada para agir e traduzir essa intenção em comportamento são dois processos distintos. Esta lacuna entre intenção e comportamento é particularmente pronunciada nos auto-cuidados de saúde diários, especialmente nos de saúde oral (Renner & Schwarzer, 2003).

Embora várias investigações acentuem o papel da intenção como o factor determinante na persecução de metas desejadas, Silva e Pereira (2012) sustentam que a formulação de intenções, por si só, não garante a passagem à acção.

Silva e Pereira (2012) referem que a mudança de comportamentos exige esforço, pois quando se tenta adoptar novos padrões de comportamento e criar novos hábitos de vida, tem, em simultâneo, de se inibir comportamentos anteriormente instalados, muitas vezes incompatíveis com aqueles que se desejam adquirir.

Grilo e Pedro (2005) dizem que, apesar da saúde constituir um dos valores mais importantes para toda a população, os indivíduos, muitas vezes, para além de não adoptarem comportamentos benéficos para a sua saúde, colocam geralmente em prática hábitos que lhes são profundamente prejudiciais.

Os mesmos autores referem que entre os factores subjacentes à não adesão a comportamentos de saúde, está o papel dos modelos parentais, a reduzida motivação para praticar bons hábitos de saúde e o optimismo irrealista dos jovens.

Através de observação dos pais, os jovens adquirem uma base estável de crenças e de comportamentos de saúde que tendem a converter-se em hábitos. A reduzida motivação para praticar bons hábitos de saúde pode surgir porque, na idade precoce em que os comportamentos de saúde são adquiridos, os indivíduos são geralmente saudáveis e não sentem um efeito imediato e notório sobre o bem-estar adoptando outros comportamentos, podendo através deles apenas diminuir, mas não eliminar, o risco de doença (Grilo & Pedro, 2005).

Similarmente, Green (1984) defende que se devem considerar três factores influenciadores dos comportamentos de saúde e que podem ser modificados por intervenções educacionais. Estes são os factores predisponentes, relacionados com o sujeito (valores, crenças, atitudes, percepções, informação e motivação), os habilitantes (conhecimento, competências) e os factores de reforço, de natureza contextual (representações sociais, normas comportamentais, atitudes de grupo).

Para Gaspar et al. (2008), a evolução positiva e saudável, a potencial mudança de comportamentos, crenças e atitudes, ocorre como consequência de uma influência global das relações entre o indivíduo em desenvolvimento, de factores biológicos, psicológicos, família, comunidade, cultura, ambiente físico e nicho histórico.

5.1. A influência das crenças e dos valores nos comportamentos

Para Manson (2004), os comportamentos dependem dos conhecimentos, crenças e valores dos indivíduos e requerem aderência por parte destes. O mero conhecimento da realidade não é suficiente para a alteração de comportamentos (Ricou et al., 2004). A alteração de comportamentos é difícil, mesmo que essa mudança seja importante para a manutenção da saúde (Manson, 2004).

(...)“Se comportamentos positivos em saúde levam a que se fique saudável e comportamentos negativos nos levam à doença, porque não se diz simplesmente às pessoas para escovarem os dentes e fazerem fio dentário diariamente....A adopção destes comportamentos resultaria numa dramática redução na prevalência de problemas orais.” (p.125)

De acordo com Ricou et al. (2004), todos os indivíduos funcionam através de um conjunto de crenças racionais e irracionais. As irracionais provêm da necessidade que

os indivíduos sentem em dar algum tipo de justificação em relação aos seus comportamentos, principalmente os comportamentos que não tenham um objectivo específico, bem determinado e aprovado socialmente. Assim, mesmo quando a informação é adequada, os riscos percebidos poderão ser desvalorizados por essas crenças irracionais (Ricou et al., 2004).

Mediante este raciocínio, embora os profissionais de saúde possam fornecer conhecimentos sobre "comportamentos positivos de saúde" à população, é difícil conseguir a alteração dos seus comportamentos. A população tem de valorizar esses conhecimentos para adoptar os novos comportamentos.

Porém, também não é suficiente para os indivíduos valorizarem os comportamentos se não têm acesso a serviços de saúde e a agentes preventivos. Segundo Helm e Grabarek (2004), o inverso também se aplica, ou seja, não é suficiente para ninguém ter apenas acesso aos serviços e agentes preventivos.

(...) Se um utente tem fio dentário, mas não percebe ou acredita que é susceptível à doença nem valoriza a saúde oral, provavelmente não irá usar o fio com regularidade. Por outro lado, se compreende, valoriza a saúde oral, mas não consegue adquirir fio – também é provável que não mude de comportamento."
(p.126)

Para Rokeach (1979), as pessoas escolhem os comportamentos que têm, agindo de livre vontade. O autor defende que as escolhas pelos comportamentos se baseiam em "valores", que são crenças acerca do que é importante na vida. Os valores modelam as formas como cada indivíduo satisfaz as suas necessidades, esteja ele consciente disso ou não, sendo todas as acções guiadas por um ou mais valores. Desta forma Rokeach (1979) considerou os valores de fundamental necessidade na explicação dos comportamentos das pessoas, sendo estes capazes de orientar tanto as escolhas como as atitudes humanas.

Similarmente Schwartz e Bilsky (1990) definem "valores" como crenças abstractas sobre aspirações que transcendem comportamentos específicos. Schwartz (1992) acrescenta que os "valores" influenciam os processos cognitivos individuais e que são prescritivos para as atitudes e comportamentos, sendo ferramentas importantes para perceber e explicar o comportamento humano.

As atitudes, crenças e valores podem ser considerados comportamentos encobertos. Os comportamentos abertos são as acções humanas externas que podem ser observadas, contadas e medidas (Volkart, 1982).

Noutra linha de reflexão, Mestre e Ribeiro (2008) defendem que as razões pelas quais os sujeitos adoptam comportamentos de saúde dependem, entre outros factores, do tipo de motivação. Os autores referem que é importante estudar o tipo de motivação em contexto de saúde, pois vários estudos demonstraram que, quando as pessoas revelam uma motivação mais autónoma sentem-se mais competentes na aquisição de comportamentos saudáveis (Mestre & Ribeiro, 2008).

Segundo Ribeiro (2004), numa avaliação de comportamentos tende-se a perguntar às pessoas como se costumam comportar. Porém, haverá diferenças entre as que realmente fazem e as que dizem que fazem. Para tentar ultrapassar este problema, o autor propõe que se avalie as atitudes para com esses comportamentos.

5.2. A influência das atitudes nos comportamentos

A relação entre os comportamentos e as atitudes continua ainda hoje a ser debatida, principalmente quando se tenta avaliar atitudes muito gerais face a comportamentos muito específicos (Ajzen, 1988; Eagly & Chaiken, 1993).

Existem muitas definições de “atitude” na literatura, parecendo permanecer a falta de consenso entre os diversos autores (Ajzen & Fishbein, 1980; Lima, 1993; Neto, 1998). Para Neto (1998) a linha perceptível comum, entre todas as definições que existem sobre o conceito de atitudes, é que uma atitude reenvia uma representação mental que corresponde a uma avaliação sobre um objecto. Como corresponde a uma avaliação, Leyens e Yzerbyt (1999) sugerem que uma atitude pode ser classificada como positiva, neutra ou negativa.

Para Lima (2002) quase tudo pode ser objecto de atitudes: entidades abstractas ou concretas; comportamentos ou classes de comportamentos; indivíduos específicos ou o próprio indivíduo.

Ajzen e Fishbein (1980) sugerem que as atitudes são factores determinantes na previsão do comportamento. Porém, realçam que apenas as atitudes específicas desempenham um papel importante nessa previsão.

Em 1988, Ajzen definiu “atitude” como uma disposição geral para a acção, como uma tendência para responder, de uma forma positiva ou negativa, a um objecto, pessoa, instituição, acontecimento ou situação. Para o autor, o conceito de atitude pretende ser um mediador entre a forma de agir e de pensar dos indivíduos.

O conceito de atitude tem sofrido mudanças ao longo do tempo, traduzindo-se em diferentes definições suportadas por diversos modelos e abordagens teóricas. Entre os vários modelos apresentados na literatura salienta-se o modelo clássico, proposto por Rosenberg e Hovland (1960), segundo estes autores, a atitude é constituída por três componentes correlacionadas entre si: a cognitiva, que diz respeito às crenças, conhecimentos, informações e opiniões, sejam elas conscientes ou inconscientes, através das quais a atitude é expressa; a afectiva, que se refere aos sentimentos e às respostas fisiológicas expressas na atitude; e a comportamental que diz respeito aos processos que permitem a estruturação de uma intenção do comportamento e preparam o indivíduo para agir de determinada maneira.

No entanto, neste modelo não se esclarece de que forma cada componente contribui para a atitude geral do indivíduo. É nesta linha de investigação que surge o modelo tripartido clássico revisto, criado por Zanna e Rempel (1988). Estes autores defendem a dimensão avaliativa da atitude, dando a cada um dos componentes uma contribuição independente na construção e expressão da atitude global.

Pode então afirmar-se que uma atitude se desenvolve numa base avaliativa, isto é, um indivíduo não tem uma atitude até responder avaliativamente em relação a uma entidade numa base afectiva, cognitiva ou comportamental (Chaiken & Eagly, 1993).

Embora, muitos estudos atestem que atitudes referidas em questionários permitem prever os comportamentos dos inquiridos (Leyens & Yzerbyt, 1999), outros referem que, para fazer uma boa predição é necessário analisar, conjuntamente, uma gama extensa de comportamentos (Fishbein & Ajzen, 1974).

As atitudes são consideradas como conceitos hipotéticos, não observáveis directamente, pressupondo-se que têm relação com os comportamentos (Ajzen, 1988). Segundo o autor, as atitudes são inacessíveis à observação directa, tendo de ser inferidas a partir de comportamentos mensuráveis. Também para Eagly e Chaiken (1993), a atitude deve de ser inferida a partir da observação do comportamento dos

indivíduos. Comportamentos referentes à tendência psicológica que se expressa da avaliação favorável ou desfavorável de uma entidade específica (objecto, pessoa, assunto, entre outros).

No entanto, alguns autores referem que uma atitude só influenciará um comportamento se a intenção para o fazer estiver presente (Leyens & Yzerbyt, 1999). O comportamento é uma escolha, uma opção ponderada entre várias alternativas, pelo que o melhor predictor do comportamento será a intenção comportamental (Lima, 1996).

Segundo Anastasi (1990), a investigação tende a mostrar que existe alguma discrepância entre o comportamento manifesto e as atitudes expressas.

Por exemplo, Kelman (1974) numa análise da relação entre atitude e comportamento sugere que as atitudes e os comportamentos estão ligados num processo recíproco contínuo, cada um gerando o outro numa cadeia infinita. As atitudes podem contribuir para alterar os comportamentos e os comportamentos podem alterar as atitudes.

Segundo Neto (1998), há diversas fontes de formação de atitudes. Para além da aprendizagem social ele refere: a aprendizagem por experiências vividas e a observação do próprio comportamento ou do comportamento de terceiros, que leva um indivíduo a reflectir se quer ou não mudar a (s) sua (s) atitude (s).

Similarmente, Volkart (1982) refere que os comportamentos das pessoas podem ser determinados pelos seus conhecimentos, atitudes, valores, crenças e capacidades; mas também por factores externos presentes no meio ambiente no qual estão inseridas.

Para Souza, Silva & Galvão (2002) as crenças e atitudes, entre outras variáveis cognitivas, são frequentemente consideradas as maiores determinantes da auto regulação do comportamento. No seu estudo, sobre a auto-eficácia como mediadora da melhoria em índices clínicos de saúde oral, os autores consideraram que

“Na promoção de mudanças comportamentais ligadas à saúde, é preciso fornecer às pessoas não só os meios e recursos para o fazer, mas também as razões para mudar os comportamentos de saúde. O sucesso requer não apenas aptidão mas também uma forte crença na própria capacidade de exercer controlo”. (p.57)

Diversos estudos demonstraram que as atitudes e os comportamentos face à saúde oral são determinantes das condições de saúde da cavidade oral (Abraham et al., 1990; Brown, 1996; Uitenbroek, Schaub, Tromp & Kant, 1989).

5.3. A influência da percepção de controlo nos comportamentos em saúde

Para Matos, Simões, Canha e Fonseca (2000) “Saúde” é uma percepção intra e inter pessoal que depende do modo como cada indivíduo se sente (doente ou não), em função de cada momento da sua vida e da sua história.

A percepção de um indivíduo relativa ao controlo que pode exercer sobre o seu comportamento e sobre o seu estado de saúde, é considerada como um dos mais poderosos determinantes das suas atitudes referentes à saúde (Almeida & Pereira, 2006). Segundo estes autores a percepção de controlo na saúde, induz a procura de informações, a realização de escolhas, a tomada de decisões e a adopção de comportamentos relativos à saúde.

Está demonstrado na literatura que os indivíduos que percebem pouco controlo pessoal sobre a sua saúde têm menor probabilidade de manifestar comportamentos que visem a promoção de saúde (Frank-Stromborg, Pender, Walker, & Sechrist, 1990; Martinelli, 1999).

Wallston (1992) refere que as percepções das pessoas sobre o controlo que possuem sobre a sua saúde contribuem de forma determinante para a manutenção ou supressão de comportamentos directamente relacionados com a sua saúde e, consequentemente, com o próprio estado de saúde.

Nesta sequência, Smith, Wallston, e Smith (1995) sublinham que a percepção de competência para a saúde poderá variar entre pessoas saudáveis e pessoas doentes.

6. Contribuições de teorias de comportamentos em saúde na explicação de práticas em higiene oral

Segundo Marteau, Johnston, Kidd, Michie e Cook (1992, p.14),

«os modelos psicológicos mais válidos na predição de comportamentos orientados para a saúde dependem em parte da análise de cada comportamento a predizer. Os modelos psicológicos mais usados na predição de comportamentos preventivos de saúde baseiam-se no

pressuposto que o desempenho do comportamento segue uma intenção ou decisão, predita por várias crenças e atitudes».

McKinlay (1972) divide os vários modelos explicativos dos comportamentos de saúde em três grupos: sócio estruturais, processuais e psicossociais.

Os modelos sócio estruturais caracterizam-se por uma orientação sociológica, perspectivando os aspectos sociais, culturais e institucionais. Os modelos processuais lidam fundamentalmente com a doença e o papel do doente e salientam os aspectos da dinâmica da mudança quer ao nível individual quer ao nível social. Os modelos psicossociais caracterizam-se pela abordagem das «crenças» e motivações que levam os indivíduos a desenvolver certas atitudes que podem gerar determinados comportamentos.

Gaspar et al. (2008) referem que os programas mais recentes utilizados em Promoção da Saúde se baseiam em teorias de bases cognitivas. Segundo aqueles autores, estas teorias têm em comum por um lado o pressuposto de que os comportamentos de risco para a saúde têm na sua origem variáveis de ordem cognitiva que são a sua causa e, por outro que estas variáveis cognitivas predis põem o sujeito a escolher comportamentos de risco para a saúde.

Alguns modelos teóricos de comportamentos em saúde têm vindo a ser utilizados na explicação do desenvolvimento de comportamentos em higiene oral.

Contudo, para alguns autores, estes modelos não explicam nem predizem os comportamentos em saúde oral (Mojtaba, Aubrey & Richard, 2010). Os comportamentos em higiene oral são diferentes dos outros comportamentos em saúde porque muitos indivíduos os praticam não como comportamentos de saúde mas sim como comportamentos “estéticos”. Estas condutas estão relacionadas com a saúde e não necessariamente dirigidas para a saúde. Talvez por esta razão os modelos teóricos explicativos de comportamentos em saúde não consigam, muitas vezes, explicar nem prever os comportamentos em higiene oral (Mojtaba et al., 2010).

Também, revisões recentes de literatura sugerem ser necessária a realização de estudos longitudinais que testem o valor preditivo das teorias comportamentais nos hábitos de higiene oral, pois a maioria das investigações relativas a comportamentos de saúde oral e teorias comportamentais, são estudos transversais que não podem ser

usados na determinação de relações de causa – efeito (Hollister & Anema, 2004; Renz et al., 2009).

Pretendendo-se analisar comportamentos orientados para a saúde oral que pressupõem aquisição de conhecimentos e tomadas de decisão pelos indivíduos envolvidos, focou-se a atenção para as teorias que mais vezes têm sido associadas a comportamentos em saúde oral.

A “Teoria do Comportamento Planeado” de Ajzen (1985) postula que a intenção de concretizar um comportamento é a principal determinante desse comportamento. Essas intenções resultam da atitude em relação ao comportamento, que se traduz pela avaliação pessoal, positiva ou negativa das consequências desse comportamento, e pela norma subjectiva relativamente ao mesmo.

Esta teoria indica que na base das atitudes se encontram as expectativas de que a realização do comportamento em causa permite alcançar o resultado pretendido, assim como o valor desse resultado para o sujeito. Paralelamente, a norma subjectiva tem como fundamento a percepção que o sujeito tem das pressões sociais dos seus grupos de referência, no sentido da realização desse comportamento. Esta percepção depende das expectativas do indivíduo sobre a concordância do seu grupo de apoio e de referência com o seu comportamento e da sua motivação para concordar com esses referentes.

Desta forma, o indivíduo tentará concretizar o comportamento se tiver uma atitude positiva em relação a esse comportamento ou seja, se a avaliação das suas prováveis consequências for positiva e se acreditar que os referentes, com quem está motivado para concordar, pensam que ele deve realizá-lo.

Porém, a tradução dessa intenção comportamental em comportamento pode depender ainda de outros factores. Ou seja, a adopção do comportamento depende também do controlo do sujeito sobre os factores internos e externos que podem interferir nessa realização.

O comportamento esperado é função da intenção de tentar esse comportamento e da estimativa do controlo real desse comportamento. A correlação entre o comportamento esperado e o comportamento real será tanto maior quanto maior for a correspondência entre a crença de controlo sobre o comportamento e o controlo real.

Esta teoria também pressupõe que o indivíduo possui as aptidões, recursos e oportunidades para implementar o novo comportamento e ajuda a explicar a percepção individual relativamente aos comportamentos reais e aos esperados. Parece ser a teoria que apresenta maior sucesso relativamente à predição de comportamentos que estão completamente sob controlo dos indivíduos cujas intenções se mantêm estáveis (Hollister & Anema, 2004).

Todavia, factores externos ao controlo individual, como fadiga ou mudança de ambiente, podem rapidamente alterar as intenções e consequentemente alterar os comportamentos (Radley, 1994; Tedesco, Keffer, Davis & Christersson, 1992). As expectativas sociais do grupo onde jovens adultos estão inseridos têm uma influência muito forte nos seus comportamentos em higiene oral. Um adolescente pode ter boas e consistentes práticas de higiene oral em casa, mas uma mudança de ambiente – tal como a mudança para uma casa com outros colegas - pode alterar as suas intenções e comportamentos. Também, a fadiga associada à vida estudantil pode afectar os seus cuidados de higiene oral (Hollister & Anema, 2004).

O “Modelo de Crenças na Saúde”, proposto por Rosenstock (1974) e revisto por Becker e Maiman (1975), tem sido utilizado para a explicação e predição de comportamentos orientados para saúde e da adesão aos mesmos. Este modelo sugere que os comportamentos saudáveis são racionalmente determinados pela percepção da vulnerabilidade dos indivíduos às ameaças à sua saúde. A estas percepções, um indivíduo acaba por atribuir um valor que o leva, ou não, a acreditar na eficácia dos comportamentos conducentes à melhoria da sua saúde. O modelo assume que a decisão de um indivíduo com vista a ter um comportamento saudável é determinada por quatro variáveis: (1) as crenças ou percepções individuais acerca da susceptibilidade a determinada doença, (2) a percepção da gravidade e das possíveis consequências dessa doença, (3) a percepção do benefício do comportamento em contraste com as barreiras ao mesmo e (4) a disposição para a acção, que tanto pode resultar de uma predisposição interna, como pode ser estimulada exteriormente por estímulos do ambiente.

Segundo Bishop (1994) as percepções referidas podem ainda ser influenciadas por três variáveis: demográficas (idade, sexo, raça, etnia); psicossociais (personalidade,

classe social, grupos de pressão) e variáveis estruturais (conhecimentos sobre a doença e contactos anteriores com a mesma).

Hollister e Anema (2004) exemplificam esta teoria com os comportamentos em saúde oral que os pais podem inculcar nos seus filhos se souberem e acreditarem que os dentes dos filhos estão susceptíveis ao aparecimento de cáries dentárias; que os dentes deciduos são para manter saudáveis; que as cáries podem ser prevenidas e que uma boa higiene oral é mais económico e menos penoso que qualquer tratamento.

Críticas a esta teoria apontam como limitação o facto de a simples transmissão de informação, normalmente, não ser suficiente para modificação de comportamentos em saúde (Hollister & Anema, 2004; Radley, 1994). Os autores alegam que as mudanças de comportamento raramente seguem uma progressão lógica e faseada.

É possível que medindo crenças em saúde transversalmente revele que, depois do comportamento ser adoptado, os indivíduos acreditem que as condições são sérias e que as intervenções até têm valor. Todavia medir essas crenças antes da alteração dos comportamentos tem um valor questionável (Groner, Ahijevych, Grossman & Rich, 2000; Nakazono, Davidson & Anderson, 1997; Pine et al., 2000).

Para Conner e Norman (1994) a importância que um indivíduo atribui à sua saúde e o locus de controlo das crenças na saúde devem ser mais duas variáveis a adicionar a este modelo. Ou seja, se um indivíduo tiver percepção dos benefícios, barreiras, susceptibilidade e gravidade da doenças mas atribuir pouca importância à sua saúde, a adesão a um comportamento novo pode ser muito baixa sendo a sua disposição para essa acção nula.

Rosenstock, Stretcher e Marshall (1988) acrescentam que, para uma mudança de comportamento ter sucesso, as pessoas devem, como teoriza o modelo de crenças na saúde, ter um incentivo para agir, sentirem-se ameaçados pelos seus comportamentos, acreditar que a mudança nos comportamentos será benéfica, mas também se devem sentir competentes para implementar essa mudança. Estes autores defendem a importância da auto-eficácia na mudança comportamental.

De acordo com Bandura (1977, 1986, 1989, 1993), o conceito da auto-eficácia refere-se à avaliação que um indivíduo faz da sua habilidade na realização de uma

tarifa dentro de um certo domínio. A teoria da auto-eficácia sugere que o nível de confiança de um indivíduo é um forte motivador e regulador dos seus comportamentos.

Esta teoria refere-se às crenças que um indivíduo possui sobre o seu valor e as suas potencialidades. Não se trata de possuir certas capacidades, mas sim de acreditar que as tem, ou que as pode adquirir por meio de esforço pessoal.

De acordo com a teoria de Bandura (1986, 1989, 1993), os julgamentos de auto-eficácia de uma pessoa determinam seu nível de motivação. Ou seja, as crenças de auto-eficácia influenciam nas escolhas de percursos de acção, no estabelecimento de metas, na quantidade de esforço e na perseverança em busca dos objectivos.

Por isso, Bandura (1986) considera que os julgamentos de auto-eficácia são mediadores entre as reais capacidades, que são as aptidões, conhecimentos e habilidades, e a própria *performance*.

Bandura (1977) defende que quando um indivíduo se apercebe capaz de realizar um determinado comportamento, faz maior esforço para o realizar do que o indivíduo com baixa auto-eficácia.

A auto-eficácia tem sido um indicador conciso da saúde oral tanto em estudos transversais como longitudinais (Hollister & Anema, 2004). O julgamento de auto-eficácia demonstrou ser consistente com melhoria em comportamentos de higiene oral ao longo do tempo em pacientes com problemas periodontais e em pacientes diabéticos (Kiyak, 1996; Litt, Reisine & Tinanoff, 1995; Syrjala, Knecht & Knuuttila, 1999).

Buglar, White e Robison (2010) utilizaram o modelo de crenças na saúde para compreender as crenças subjacentes ao autocuidado de higiene oral executado com a escovagem e o fio dentário. Também verificaram o papel da auto-eficácia, ou seja, a confiança nas capacidades de executar estas práticas em higiene, em 92 pacientes. Os resultados indicaram que a auto-eficácia era significativamente preditiva dos comportamentos em higiene oral. Nem os benefícios nem as percepções de susceptibilidade e severidade de problemas orais foram predictivos dos comportamentos em saúde oral. As autoras sugeriram que as cáries dentárias e os problemas gengivais não são tipicamente encarados como problemas de saúde graves. Então, verificaram que as decisões de execução de escovagem e de utilização do fio

dentário foram influenciadas pela eficácia que os indivíduos acreditavam ter na execução destas práticas, e demonstraram que os factores relacionados com a percepção de ameaça de doenças orais não foram predictivos da mudança de comportamentos.

Resultados que foram consistentes com outros estudos que referem que, no planeamento de estratégias de ensino para mudanças de comportamentos em saúde oral, é mais relevante ensinar técnicas de auto-cuidado que alertar para percepções de risco (Sniehotta & Araújo, 2007).

Bandura (1986) defende que aprendemos observando os outros. Todavia, o autor reconhece que a observação de modelos não garante, por si só, a aprendizagem de comportamentos. Para além das consequências desse comportamento terem de ser positivas aos olhos do “aprendiz”, ainda dependem das suas características (idade, sexo, posição social, valores) e das características do “modelo”. O prestígio do “modelo” é essencial, por ser competente numa determinada actividade ou por ser uma pessoa significativa para o observador.

Segundo a sua teoria da aprendizagem social, tem de haver uma interacção recíproca entre factores intrínsecos e extrínsecos ao sujeito. Pois embora um individuo possa ter adquirido conhecimentos que o possam levar a ter um determinado comportamento, podem existir factores internos e/ou externos que o estimulam a não se comportar da forma que sabe que se devia comportar.

Foi no seio da teoria da aprendizagem social que surgiu o constructo de Locus-de-Controlo. A atenção da maioria dos estudos realizados no domínio das percepções de controlo centra-se nas crenças sobre o *locus* (ou lugar) desse *controlo* (Almeida & Pereira, 2006).

De acordo com Castillo e Ramírez (2000), a crença que uma pessoa possui de poder ou não controlar os acontecimentos da sua vida é o *locus* de controlo.

O *locus* de controlo refere-se às crenças dos indivíduos sobre a fonte de controlo dos seus comportamentos e acontecimentos possibilitando ou não a obtenção de um reforço (Rotter, 1990).

Segundo Rotter (1990), designa-se “uma crença num controlo externo” quando um acontecimento é interpretado por uma pessoa como não sendo completamente

contingente às suas acções, sendo tipicamente atribuído ao acaso, à sorte, ao destino ou estando dependente do poder de outros poderosos, ou ainda como imprevisíveis, devido à grande complexidade dos factores envolventes.

Se uma pessoa percebe que o acontecimento (reforço) é contingente ao seu comportamento ou depende das suas características estáveis, então Rotter designa esta crença como “controlo interno”.

Strickland (1989) reforça que os indivíduos com um *locus de controlo externo* acreditam que o seu sucesso ou fracasso depende de regras exteriores a si mesmo e os com um *locus de controlo interno* acreditam que os seus sucessos ou fracassos são determinados pelas suas acções ou competências, sentindo que exercem maior influência na obtenção de reforços que os “*externos*”.

Wallston (1992) desenvolveu instrumentos para avaliar em que medida os sujeitos concebiam o seu estado de saúde como controlado por eles próprios, pelo acaso ou por outros significativos aplicando assim o locus de controlo de saúde.

Várias investigações constataram que indivíduos com um locus de controlo interno apresentam uma maior probabilidade de se envolver em comportamentos promotores de saúde. (Horne & Weinman, 1996).

De acordo com o modelo de Rotter (1996), será de prever que sujeitos com um maior sentido de controlo interno sobre a realidade acreditem que podem influenciar a sua saúde e, desenvolvam mais atitudes e comportamentos promotores de saúde, de manutenção do bem-estar, de prevenção da doença ou de controlo da mesma.

Por outro lado, Rodrigues (1998) defende que os comportamentos dos sujeitos, com maior sentido de controlo externo, também podem ser influenciados pelo desejo de serem aceites socialmente. Ou seja, quanto mais dependentes são os indivíduos da opinião dos outros, mais facilmente permitem que os comportamentos sejam definidos “de fora para dentro”.

O modelo de Wallston (1991,1992) introduz algumas modificações na concepção de Locus de Controlo de Rotter (1996) pois não foca unicamente o domínio da saúde mas também o comportamento global dos indivíduos, bem como o facto de especificar que os valores mediarão a relação expectativa comportamento.

Na concepção de Wallston (idem), a valorização da saúde será uma variável mediadora entre o locus de controlo interno e os comportamentos relativos à saúde. Somente se o indivíduo valorizar a sua saúde poderão as suas crenças internas de controlo ser predictoras da implementação de comportamentos que promoverão ou manterão a saúde. Caso o indivíduo valorize pouco a saúde, as crenças específicas de controlo não permitirão qualquer predição do seu comportamento na área da saúde.

Todavia, o simples facto de um indivíduo valorizar a sua saúde e se sentir responsável pela mesma, não significa que se sinta capaz de dar os passos adequados para controlar o seu estado de saúde. Por esta razão, Wallston (1992) defende a inclusão dos dois conceitos: percepção de controlo sobre a saúde e auto-eficácia. Por esta razão, o autor sugere uma aproximação com a Teoria da Auto-eficácia e da Aprendizagem Social de Bandura (1977, 1986).

Relativamente à saúde oral, têm vindo a ser encontradas diversas relações entre o estado de saúde oral e o locus de controlo. Reisine e Litt (1993) verificaram que crianças cujas mães tinham um locus de controlo externo tinham um nível de risco de cárie mais elevado que o das crianças cujo locus de controlo das mães demonstrou ser interno. Kent, Mathews e White (1984) encontraram uma relação positiva entre uma boa saúde oral e locus de controlo interno e Wolf, Stewart e Hartz (1991), verificaram relações positivas entre uma elevada acumulação de placa bacteriana nas superfícies dentárias e indivíduos com um locus de controlo externo.

Com a revisão de literatura elaborada em torno da saúde oral, dos comportamentos em saúde oral e mudança de comportamentos de jovens adolescentes, estudantes universitários, construiu-se uma base teórica que permite contextualizar a investigação desenvolvida e seguidamente apresentada.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

1. Problemática da investigação

Estudos encontrados na literatura revelam que as atitudes de auto-cuidado dos profissionais de saúde, relativamente a si próprios, modelam as condições de saúde dos seus pacientes (Abraham et al.,1990). Em particular, o comportamento e as atitudes dos profissionais de saúde para com a sua própria saúde oral reflectem o seu entendimento da importância dos procedimentos de prevenção dos problemas orais e podem influenciar a capacidade de ensinar e motivar os seus pacientes relativamente aos cuidados de saúde, contribuindo para o aperfeiçoamento da saúde oral dos mesmos (Al-Wahadni et al., 2004; Nusair et. Al.,2006).

Portanto, os profissionais de saúde oral devem ser modelos para os seus pacientes, demonstrando comportamentos exemplares e mantendo as suas próprias bocas num nível óptimo de saúde (Al-Wahadni et al., 2004).

Neste contexto, considerou-se importante averiguar se os cursos de saúde oral são promotores de comportamentos saudáveis nos seus estudantes.

Procurou-se perceber se os conhecimentos adquiridos ao longo dos cursos se convertem em comportamentos efectivos que resultem numa melhor saúde oral destes estudantes, mais tarde profissionais de saúde, que tentarão contribuir para melhorar a saúde oral da população.

Resumidamente considerou-se que, conhecer os comportamentos em saúde oral e as razões de mudança desses comportamentos, nestes estudantes, é uma condição fundamental para se poder intervir adequadamente em estratégias educacionais que reforcem o aperfeiçoamento dessas condutas.

A implementação de possíveis alterações curriculares poderá ser fundamentada pelos resultados do presente trabalho. Trabalho que foi sensível não só às mudanças nas práticas de comportamentos de saúde oral ao longo da vida, mas também às provocadas por factores do contexto académico.

Assim, em primeiro lugar, tornou-se necessário adaptar à população portuguesa um instrumento de avaliação de atitudes e comportamentos em saúde oral, já utilizado em estudantes universitários noutros países.

Depois, ambicionou-se averiguar se a progressão dos alunos nos cursos do âmbito da saúde oral foi acompanhada por uma evolução positiva dos seus comportamentos, atitudes e condições de saúde oral.

Finalmente pretendeu-se apreender percepções dos estudantes em relação à influência do contexto académico na sua saúde oral.

Como os alunos do 1º ano dos diversos cursos do ensino superior provêm de áreas vocacionais específicas, presume-se que os que frequentaram a área das “ciências”, no ensino secundário, tenham mais conhecimentos de saúde que os que estudaram nas áreas das “humanidades” ou “economia”. Contudo, pensa-se que relativamente aos conhecimentos específicos da área da saúde oral não existam quaisquer vantagens entre os diferentes alunos. Pressupõe-se então que os indivíduos que ingressam no 1º ano da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL) terão as mesmas práticas, atitudes e comportamentos que os seus contemporâneos de outras áreas. Porém, à medida que a vivência no ambiente institucional e a educação específica dos diferentes cursos desta instituição progride, espera-se que os estudantes se desenvolvam como modelos para os seus futuros pacientes, alterando positivamente comportamentos relacionados com a sua saúde oral e práticas de controlo da mesma. Os estudantes finalistas de Medicina Dentária e de

Higiene Oral deverão estar equipados com conhecimentos e capacidades suficientes para a prática de bons cuidados de saúde oral, o seu padrão de atitudes e comportamentos deverá ser exemplar comparativamente com o dos estudantes de outros cursos do ensino superior.

1.1. Objectivos gerais

Os objectivos gerais do presente trabalho foram:

1. Adaptar e validar a versão portuguesa do Hiroshima University dental behavioural inventory (HUDBI)
2. Investigar a temática das atitudes e comportamentos em saúde oral e de factores que se relacionam com os mesmos em estudantes do ensino universitário.
3. Verificar se os comportamentos e as condições de saúde oral dos estudantes do ensino universitário evoluem de forma diferente conforme os cursos que frequentam.
4. Analisar as razões que levam os estudantes a mudarem, ou não, de comportamentos em saúde oral ao longo dos seus cursos.
5. Investigar a influência do curriculum dos cursos da FMDUL e do ambiente universitário nas transformações de comportamentos e condições de saúde oral dos estudantes.

Para alcançar estes objectivos realizaram-se três estudos.

2. Delineamento da investigação em três estudos

O primeiro estudo teve como objectivo geral a tradução, adaptação e validação da versão portuguesa do inventário *Hiroshima University Dental Behavioural Inventory* (HUDBI) (Kawamura, 1988), a utilizar como um dos instrumentos de investigação no segundo estudo, ou estudo principal.

A finalidade do segundo estudo, que corresponde ao estudo principal, foi identificar e analisar a evolução de atitudes, comportamentos e condições de saúde oral de estudantes universitários ao longo da sua vivência académica. A investigação desenvolvida consistiu num estudo longitudinal onde se confrontaram as diferenças e a

evolução da saúde, dos comportamentos e das atitudes em saúde oral inter e intra estudantes universitários.

No terceiro estudo, procedeu-se à identificação das percepções dos estudantes, que se diplomam na FMDUL, sobre os factores responsáveis por alterações nas suas atitudes, comportamentos e saúde oral, através de entrevistas de grupo-focal

3. Contexto do estudo e participantes

Foram seleccionados grupos de estudantes que pertenciam a faculdades próximas umas das outras permitindo mais facilmente o acesso e deslocação do investigador, bem como o fácil acesso de todos os estudantes às consultas de higiene oral e medicina dentária ministradas na Faculdade de Medicina Dentária.

A população alvo foi constituída por estudantes da Universidade de Lisboa inscritos nos cursos de Medicina Dentária, Higiene Oral e Prótese Dentária da Faculdade de Medicina Dentária, de Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia.

Os estudantes dos cursos de Medicina Dentária e Higiene Oral, cujos planos de estudo fornecem conhecimentos específicos e profundos da área que se pretende estudar, constituíram os grupos de estudo

Os grupos de controlo foram constituídos pelos estudantes da licenciatura em Prótese Dentária, pelos estudantes de Ciências Farmacêuticas e de Psicologia.

Os estudantes de prótese dentária, embora não tenham no seu plano de estudos qualquer alusão a conhecimentos sobre comportamentos em saúde oral, estão expostos a todo o ambiente da Faculdade de Medicina Dentária tendo, tal como todos os estudantes desta faculdade, facilidades de acompanhamento médico-dentário disponibilizadas pela instituição.

Os estudantes de Ciências Farmacêuticas e Psicologia têm em comum o facto de não se encontrarem expostos ao ambiente académico da Faculdade de Medicina Dentária e, as áreas científicas descritas nos seus planos de 1º ciclo de estudos não

integrarem qualquer unidade curricular que incluía conteúdos relativos a comportamentos em saúde oral, doenças orais e sua prevenção.

4. Considerações éticas e limitações do estudo

Este trabalho de investigação teve início após aprovação por parte das direcções das faculdades da Universidade de Lisboa envolvidas neste projecto (Faculdade de Farmácia, Faculdade de Psicologia e Faculdade de Medicina Dentária), da Comissão de Ética para a Saúde da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa e da obtenção do consentimento de participação por parte dos estudantes.

No consentimento de participação (Apêndice 1), destinado a ser lido e assinado pelos estudantes caso concordassem em participar no estudo, foram descritos os objectivos da investigação e os procedimentos a ser efectuados. Obteve-se informação para contacto futuro e garantiu-se que a identificação dos participantes não seria divulgada pois embora a sua participação não fosse anónima ela seria confidencial.

Para assegurar a confidencialidade dos dados foram atribuídos números a todos os participantes através das listas de alunos existentes nas secretarias das respectivas faculdades. Aos registos obtidos nas recolhas de dados era atribuído o número correspondente ao atribuído ao aluno. Durante a análise dos dados o investigador e os juízes não sabiam a quem pertenciam as características avaliadas, apenas a que curso correspondiam.

Este trabalho apresenta limitações que impedem a generalização dos resultados para a população em geral.

Essas limitações provêm principalmente de factores relacionados com a diminuição do número de indivíduos que participaram no estudo longitudinal (estudo II) realizado. A perda da amostra populacional foi originada por estudantes que não se encontravam no 3º ano dos cursos, por reprovação ou porque se mudaram ou transferiram para outros cursos, ou que se encontravam a fazer Erasmus no último período de recolha de dados.

O Estudo III foi um estudo de caso, e como tal, sem pretensões de se fazerem generalizações para outros contextos que não o dos cursos da FMDUL, podendo no entanto fornecer indícios e pistas para a realização de estudos mais alargados.

Por estas razões, este trabalho deve ser entendido como uma abordagem parcelar de uma realidade complexa.

Neste capítulo foram apresentados aspectos globais, comuns aos três estudos realizados. Seguidamente, cada estudo será apresentado separadamente incluindo os seus objectivos específicos, materiais e métodos, apresentação e discussão de resultados e respectivas conclusões.

CAPITULO IV

ESTUDO I – ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO HIROSHIMA UNIVERSITY DENTAL BEHAVIOURAL INVENTORY (HUDBI)

Introdução

Entre os instrumentos de investigação disponíveis na literatura científica, utilizados para identificar atitudes e comportamentos em saúde oral, encontra-se o *Hiroshima University Dental Behavioural Inventory* (HUDBI), desenvolvido por Kawamura em 1988.

O inventário HUDBI foi traduzido e adaptado do japonês para o inglês, finlandês, e chinês. A versão inglesa foi já traduzida para flamengo, português (Brasil), francês, alemão, grego, italiano, coreano, malaio e tailandês.

Desde a sua introdução, em 1988, as diversas versões foram aplicadas a um total de 2036 estudantes de medicina dentária de diversas universidades a nível mundial (Kawamura et al., 2005; Komabayashi et al., 2006), considerando as diferentes culturas e contextos de aprendizagem para explorar, confrontar e descrever atitudes e comportamentos relativos à saúde oral. Tanto quanto foi possível averiguar, em Portugal não existem estudos publicados abordando esta temática na área da saúde oral com estudantes universitários.

Conforme referido por vários autores, é do maior interesse que os investigadores considerem a possibilidade de utilizarem instrumentos já existentes pois proporcionam uma concentração de esforços que poderão conduzir a uma melhoria significativa da qualidade das versões dos instrumentos, tal como a confrontação dos resultados

obtidos em diferentes amostras (Maroco & Garcia-Marques, 2006; Moreira, 2004; Norusis, 1988).

Assim, não tendo sido encontrada qualquer aplicação do HUDBI em Portugal, considerou-se ser importante traduzir e adaptar o inventário à população portuguesa. Uma versão portuguesa do inventário poderá facilitar a futura realização de novos estudos e confrontação de resultados com os obtidos noutras populações. Podendo também ser aplicado a nível académico para verificar se as estruturas curriculares dos cursos em ciências da saúde oral influenciam os comportamentos, atitudes e auto-cuidado em saúde oral dos seus estudantes.

1. Objectivos

Os objectivos do presente estudo foram:

1º Traduzir a versão inglesa do HUDBI e adaptá-la à população portuguesa

2º Estudar as propriedades psicométricas fundamentais do inventário

3º Testar a reprodutibilidade da versão portuguesa do HUDBI

4º Investigar diferenças de comportamentos e atitudes entre os estudantes do 1º e 3º ano, verificando se os resultados vão no sentido dos encontrados noutros países.

2. Métodos

2.1. Participantes

A amostra deste estudo foi constituída por estudantes que frequentavam o 1º (n=45) e 3º ano (n=30) da licenciatura em Higiene Oral da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, no ano lectivo de 2006/2007 e que aceitaram voluntariamente participar no trabalho.

No 1º ano, 37 estudantes eram do género feminino e 8 do masculino, apresentando uma idade média de 20,3 anos (Máx. =34, Mín. =18); e no 3ºano, 27

estudantes eram do género feminino e 3 do masculino, sendo a média de idades 21,3 anos (Máx. =29, Mín. =19).

O estudo foi autorizado pela instituição onde foi realizado e os participantes colaboraram voluntariamente. O inventário traduzido e adaptado foi aplicado em sala de aula, após informação aos participantes sobre a natureza e objectivos da investigação, liberdade de participação e garantia de confidencialidade.

2.2. Instrumento

O HUDBI consiste num inventário de 21 respostas dicotómicas (concordo/discordo) para examinar atitudes e comportamentos relativos à saúde oral. Para cada um dos itens que compõem o instrumento, os sujeitos deverão decidir se concordam ou discordam com as situações apresentadas.

Dos 21 itens que compõem o questionário, 9 são considerados como “dummy” pois não são ponderados para o cálculo do valor global do inventário, embora sejam úteis na verificação da reprodutibilidade do inventário e possam servir para outras investigações. Entre os 12 itens de interesse encontram-se os que se referem a diferentes comportamentos em saúde oral como: escovagem de dentes meticulosa; tipo de escova; utilização de fio dentário; utilização de corante revelador de placa; periodicidade e motivo de consultas de controlo com profissionais de saúde oral (itens 2, 4, 9, 10, 12, 15 e 16) e os relacionados com atitudes e crenças relativas à inevitabilidade do uso de prótese dentária ao longo a vida; aos dentes piorarem apesar da escovagem; à sensação de não se conseguir escovar bem os dentes sem dentífrico; às preocupações com a cor dos dentes, com a gengiva e inquietações com a halitose (itens 6, 8, 11, 14 e 19).

O somatório das respostas apropriadas revela uma estimativa quantitativa das atitudes e comportamentos em saúde oral. Quanto mais elevada for a pontuação obtida, mais adequadas são as atitudes e comportamentos, sendo a cotação máxima de 12 pontos (Apêndice 2).

2.3. Procedimentos

2.3.1. Tradução e adaptação do inventário

Após autorização concedida pelo autor do inventário, procedeu-se à tradução da sua versão inglesa.

Para a tradução do inventário, foi pedida a colaboração de uma especialista de línguas, com o Inglês como língua materna. A retroversão foi feita por outra especialista, também de língua materna inglesa. Dois docentes do curso de higiene oral portugueses colaboraram na revisão de vocabulário adequado à área científica. Posteriormente, avaliou-se a equivalência de conteúdo entre a versão portuguesa e a original obtendo-se um consenso entre as versões do inventário.

O inventário foi submetido à apreciação de sete especialistas em comportamentos preventivos em saúde oral, que analisaram o instrumento considerando a clareza de descrição, validade facial e viabilidade de aplicação dos itens que compõem o HUDBI. Com base nas sugestões referidas, mas preservando o sentido dos itens originais, reformulou-se o item nº 21 pois foi considerado ambíguo e difícil de compreender.

2.3.2. Estudo das propriedades psicométricas fundamentais do inventário

Como um inventário não supõe uma relação próxima entre itens, ou seja, não exige uma correlação elevada entre os itens de uma área (Ribeiro, 2004), não faz sentido combinar os resultados dos itens ou seleccioná-los com base na sua relação com os restantes. Uma vez que cada item mede um comportamento ou atitude diferente, as qualidades psicométricas de cada um têm de ser avaliadas separadamente (Siegel & Castellan, 2006).

Apesar da independência entre itens, as associações estatísticas entre eles podem ser importantes para as conclusões dos estudos, bem como a relação com o valor global do HUDBI que se obtém da aplicação do inventário (Moreira, 2004 e Norusis, 1988).

Sendo os itens do inventário nominais e dicotómicos, optou-se por usar o coeficiente de associação para itens dicotómicos Φ (“Phi”) para medir a associação entre os itens, avaliando a existência de relação entre os padrões dos comportamentos e atitudes que caracterizam os respondentes (Norusis, 1988; Maroco & Garcia, 2006). O coeficiente Φ é uma medida da extensão de associação entre duas variáveis medidas em escala nominal, em que cada uma pode tomar somente dois valores. Os coeficientes variam de 0 a 1, quanto mais próximo de 1, maior é a intensidade da associação. O coeficiente “Eta” foi utilizado para medir a associação entre e os itens nominais e o resultado “intervalar” do HUDBI tal como referenciado por Norusis (1988).

2.3.3. Fiabilidade / Estabilidade ou Consistência temporal

Para diversos investigadores, a fiabilidade de uma medida refere a capacidade desta ser “consistente”. Se um instrumento de medida obtém resultados semelhantes quando aplicado aos mesmos estudantes, podemos confiar no significado da medida e dizer que a “medida é fiável” (Maroco & Garcia, 2006).

Como a avaliação da precisão de um instrumento de investigação assenta essencialmente na obtenção de medidas paralelas das respostas, optou-se por estimar a fiabilidade e consistência do inventário em termos de estabilidade temporal. Desta forma, o inventário foi aplicado duas vezes aos mesmos indivíduos, com um intervalo de 23 dias.

Para a análise da estabilidade temporal foi aplicado o coeficiente de concordância Kappa. O coeficiente Kappa foi utilizado para expressar a concordância entre as duas aplicações do inventário. Geralmente consideram-se que os resultados maiores que 0,80 representam concordância “ideal”; entre 0,60 e 0,79, concordância “forte”; de 0,40 a 0,59, a concordância é “moderada” e, abaixo de 0,39, considerado “pouco concordante” (Landis & Koch, 1977).

2.3.4 Diferenças de comportamentos e atitudes entre os estudantes do 1º e do 3º ano.

Para analisar as diferenças de comportamentos e atitudes entre os estudantes do 1º e do 3º ano foi utilizado o teste estatístico de homogeneidade do Qui-quadrado de *Pearson* (χ^2) e o Teste Exacto de Fisher.

O instrumento de análise utilizado no tratamento dos dados foi a aplicação *Predictive Analytics SoftWare (PASW)* versão 17.

3. Resultados

3.1. Estudo psicométrico

Os resultados com relação à estabilidade temporal das respostas dadas no inventário demonstraram que o instrumento é reprodutível de acordo com os valores do coeficiente de concordância Kappa (0,667-1) obtidos nos itens de interesse, conforme Tabela 1.

Tabela 1
Percentagem de respostas “concordo” por item do HUDBI

Itens do HUDBI	Teste (n=75)		Re-teste (n=75)		<i>kappa</i>	Valor-p
1	6	8%	7	9,3%	0,916	<0,001
2	12	16%	12	16%	0,901	<0,001
3	74	98,7%	74	98,7%	1	<0,001
4	38	50,7%	38	50,7%	0,840	<0,001
5	3	4%	4	5,3%	0,551	<0,001
6	5	6,7%	4	5,3%	0,882	<0,001
7	66	8,7%	66	88%	1	<0,001
8	9	12%	9	12%	1	<0,001
9	50	66,7%	60	80%	0,667	<0,001
10	10	13,3%	11	14,7%	0,834	<0,001
11	16	21,3%	19	25,3%	0,665	<0,001
12	68	90,7%	69	92%	0,916	<0,001
13	75	100%	75	100%		
14	41	54,7%	36	48%	0,814	<0,001
15	11	14,7%	11	14,7%	0,680	<0,001
16	44	58,7%	46	61,3%	0,944	<0,001
17	15	20%	15	20%	1	<0,001
18	13	17,3%	10	13,3%	0,856	<0,001
19	51	68%	54	72%	0,778	<0,001
20	42	56%	44	58,7%	0,946	<0,001
21	69	92%	71	94,7%	0,786	<0,001

Também, conforme se pode verificar na Tabela 2, a concordância entre os resultados totais do HUDBI do primeiro e do segundo momento de aplicação ($Kappa=0,858$; $p < 0,001$), é considerada “ideal”, conforme definido por Landis e Kock (1977).

Tabela 2
Relação entre valores totais de HUDBI obtidos na 1ª e na 2ª aplicação

		1º HUDBI									Total
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	
2º HUDBI	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	5	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3
	6	0	0	9	1	0	0	0	0	0	10
	7	0	0	1	7	1	0	0	0	0	9
	8	0	0	0	1	13	0	0	0	0	14
	9	0	0	0	0	1	11	0	0	0	12
	10	0	0	0	0	0	3	13	0	0	16
	11	0	0	0	0	0	0	1	8	0	9
	12	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Total		1	3	10	9	15	14	14	8	1	75

K = 0,858 ($p < 0,001$); concordância 88% (66 casos)

Na análise das associações entre os itens do inventário e o valor global obtido na soma dos itens constatou-se a existência de associações moderadas e fortes (0,402-0,751) do HUDBI com a maioria (71,4%) dos itens. Apenas seis dos itens demonstraram ter uma associação fraca com o HUDBI final, sendo que 4 deles são dos itens considerados “dummy” pelo autor da versão original do instrumento. Verificou-se ainda que os itens nº 6 “*Eu penso que vou ter de usar dentadura quando for velho*” e nº 15 “*Só vou ao dentista quando tenho dor de dentes*”, fazendo parte dos itens de interesse do inventário, mostraram ter fraca associação com o HUDBI obtendo valores para o coeficiente *Eta* de 0,39 e 0,329 respectivamente.

A avaliação estatística pelo coeficiente Φ (Tabela 3) mostrou associações fracas e moderadas mas significativas entre os itens do inventário.

Tabela 3
Associação entre os Itens do Inventário HUDBI – Coeficiente Φ

Itens		3	7	8	9	11	15	16	17	18	19	20	21
1	Phi Φ	-0,394	-0,345	0,042	0,104	-0,154	0,017	0,048	0,098	-0,005	0,097	-0,036	0,087
	Valor-p	0,001	0,003	0,714	0,367	0,184	0,885	0,678	0,395	0,964	0,401	0,758	0,451
2	Phi Φ	0,051	-0,063	0,287	0	-0,138	0,127	-0,225	0,236	0,088	0,221	-0,199	-0,005
	Valor-p	0,66	0,587	0,013	1	0,23	0,27	0,052	0,041	0,444	0,055	0,084	0,963
3	Phi Φ		0,315	0,043	-0,082	0,061	0,048	-0,098	0,058	0,053	-0,08	-0,103	-0,034
	Valor-p		0,006	0,71	0,477	0,6	0,676	0,398	0,615	0,645	0,49	0,372	0,767
4	Phi Φ		0,292	-0,046	0,094	0,188	0,032	0,225	-0,173	-0,112	0,066	0,2	0,004
	Valor-p		0,011	0,691	0,414	0,103	0,781	0,027	0,133	0,333	0,566	0,083	0,973
5	Phi Φ		0,075	-0,075	0,144	0,226	0,3	0,033	-0,102	-0,093	-0,006	-0,093	0,06
	Valor-p		0,514	0,514	0,211	0,05	0,009	0,774	0,377	0,418	0,96	0,42	0,602
6	Phi Φ			0,066	0,189	-0,139	0,04	0,116	0,134	0,019	0,069	-0,086	-0,512
	Valor-p			0,569	0,102	0,228	0,727	0,316	0,247	0,87	0,552	0,456	0,001
7	Phi Φ			-0,242	-0,328	0,192	-0,195	0,19	-0,328	0,061	0,011	0,251	0,042
	Valor-p			0,036	0,004	0,096	0,092	0,1	0,004	0,599	0,927	0,03	0,714
8	Phi Φ				-0,87	-0,192	0,311	-0,273	0,123	-0,061	-0,099	-0,334	0,109
	Valor-p				0,451	0,96	0,007	0,018	0,286	0,599	0,394	0,004	0,346
10	Phi Φ					-0,013	-0,052	-0,149	0,136	0,338	-0,235	-0,126	-0,173
	Valor-p					0,912	0,654	0,198	0,089	0,003	0,041	0,274	0,133
11	Phi Φ						0,06	0,371	-0,26	0,019	-0,061	0,134	0,154
	Valor-p						0,603	0,001	0,024	0,866	0,595	0,247	0,184
14	Phi Φ						-0,228	-0,384	0,054	-0,078	-0,108	-0,106	-0,269
	Valor-p						0,048	0,001	0,643	0,498	0,35	0,36	0,02
16	Phi Φ								-0,19	0,027	0,005	0,347	0,052
	Valor-p								0,101	0,817	0,968	0,003	0,653
17	Phi Φ									0,211	-0,014	-0,295	-0,098
	Valor-p									0,067	0,901	0,011	0,395

3.2. Estudo de comportamentos dos estudantes

Tanto na 1ª como na 2ª aplicação do inventário, a diferença entre os valores médios do HUDBI foi significativa (Teste T *student* $t=-5,781$; $p < 0,001$ e $t=-6,829$; $p=0,009$) e sendo sempre mais elevada para os estudantes do 3º ano (Tabela 4).

Tabela 4
Diferenças entre valores de HUDBI/ Ano de curso/ Aplicações do inventário

	Ano do curso	N	Média	Dp	t	valor-p
HUDBI 1º	1	45	7,56	1,70	-5,781	0,000
	3	30	9,60	1,13		
HUDBI 2º	1	45	7,56	1,70	-6,288	0,000
	3	30	9,77	1,10		

Teste T de *student*

Foram encontradas diferenças significativas ao nível da percepção de diferentes aspectos comportamentais básicos em saúde oral entre os estudantes do 1º e do 3º ano, nomeadamente:

Os alunos do 3º ano revelaram-se mais despertados para a existência de placa bacteriana nos dentes. Apenas 37,8% (17) dos estudantes do 1º ano reconheceram já ter identificado este depósito mole nas superfícies dentárias enquanto 70% (21) dos estudantes do 3º ano já tinham reparado nisso ($\chi^2(1) = 7,477$; $p=0,006$).

O revelador de placa bacteriana já tinha sido utilizado pela maioria dos estudantes do 3º ano enquanto apenas 35,6% (16) do 1º ano tinham conhecimento deste produto que ocorreu através das praxes aquando da sua entrada na Faculdade ($\chi^2(1) = 24,780$; $p < 0,001$).

Metade dos estudantes do 1º ano utilizavam escovas de dentes com pêlos duros e nenhum do 3º ano o fazia ($\chi^2(1) = 24,780$; $p < 0,001$).

Quando inquiridos quanto ao facto de conseguirem limpar bem os dentes mesmo sem usar um dentífrico, também a diferença foi significativa ($\chi^2(1) = 10,381$; p

=0,001), pois apenas 8,9% (4) dos estudantes do 1º ano concordam enquanto 40% (12) dos do 3º ano o consideraram possível.

A maioria dos estudantes do 1º ano, 68,9% (31) considerou ser impossível evitar problemas gengivais só com a escovagem enquanto apenas 33,3% (10) dos do 3º ponderaram ser possível ($\chi^2 (1) = 9,182$; $p = 0,002$).

Todos os inquiridos do 3º ano se preocupavam com a cor das suas gengivas estando atentos a qualquer alteração das mesmas; no 1º ano, apenas 36 alunos (80%) se preocupavam com esse facto (Teste Exacto de Fisher, 1 g.l., $p = 0,009$).

A sensação de falta de controlo na saúde oral não existia entre os alunos do 3º ano, ao passo que, entre os do 1º ano 20% (9) consideravam que os seus dentes vão piorando apesar de escovados diariamente (Teste Exacto de Fisher, 1 g.l., $p = 0,009$).

4. Discussão

A versão portuguesa do *Hiroshima University Dental Behavioural Inventory* demonstrou ter uma boa fiabilidade em termos de consistência temporal ($Kappa = 0,667-1$), ao nível dos itens de interesse.

A confirmação da relação entre os valores numéricos de HUDBI e as variáveis medidas nos itens, com associações moderadas e fortes ($Eta - 0,402-0,751$) comprova que o inventário depende dos itens, quantificando-os como *certos* ou *errados*.

A fraca a moderada associação entre os itens ($\Phi - 0,225-0,512$) assinala a independência entre os comportamentos a medir. Apesar desta independência entre itens, as associações estatísticas entre eles podem ser interessantes de explorar e analisar em futuras investigações (Moreira, 2004).

Com os resultados obtidos da aplicação do inventário constatou-se que os comportamentos, relativos à higiene oral, entre os estudantes do 1º e 3º ano são praticamente idênticos quando se referem à função estética. Porém, para além da estética, os alunos do 3º ano também identificaram a função preventiva desses comportamentos.

A desigualdade entre os comportamentos dos estudantes poderá ser consequência da aquisição de conhecimentos ao longo da formação académica e da vivência clínica durante as actividades do curso, tal como referido em outros estudos (Dagli et al., 2008; Kawamura et al., 2000; Rong et al., 2006).

Talvez os conhecimentos adquiridos e a preocupação com a prevenção das doenças orais tenha fomentado as respostas significativamente diferentes entre os estudantes dos dois anos ou talvez os grupos sejam só diferentes. É por esta razão que vários autores referem a necessidade de se realizarem estudos longitudinais para que se possa compreender o papel dos currículos dos cursos nas alterações nos comportamentos dos seus estudantes (Kawamura et al., 1998; Polychronopoulou & Kawamura, 2005).

Conclusões

O inventário (HUDBI) faz um resumo adequado dos comportamentos relacionados com a saúde oral e está de acordo com o que a investigação em geral tem mostrado, é de passagem rápida, e é útil para o levantamento de informações sobre comportamentos e atitudes em saúde oral.

Mostrou ser um inventário, ou mais especificamente uma lista de classificação de comportamentos e atitudes em saúde oral, com características adequadas para avaliar o que os indivíduos fazem para cuidar da sua saúde oral.

A limitação deste estudo baseia-se essencialmente no tamanho reduzido da amostra que pode ter condicionado a consistência dos resultados e também não permite a extrapolação dos mesmos. Todavia, os resultados encontrados vão no mesmo sentido dos resultados que a investigação tem mostrado relativamente às diferenças entre estudantes do 1ºano e estudantes de anos mais avançados

A versão portuguesa obtida do *Hiroshima University Dental Behavioural Inventory* parece ser um instrumento adequado e fiável com o qual se podem realizar estudos em comunidades que falem a língua portuguesa e confrontar os resultados com os obtidos noutras populações. Também pode ser aplicado a nível académico para verificar se as

estruturas curriculares dos cursos em ciências da saúde oral influenciam os comportamentos, atitudes e auto-cuidado em saúde oral dos estudantes.

Os dados relativos à reprodutibilidade da Versão Portuguesa Do *Hiroshima University Dental Behavioural Inventory* foram publicados em 2011. Sendo, o Professor Makoto Kawamura, autor do inventário, um dos co-autores da publicação (Albuquerque et al., 2011).¹

¹ Albuquerque T., Bernardo M.F., Simão A.M.V., Ferreira, A.S., Kawamura M., & Okada M. (2011). Reprodutibilidade da Versão Portuguesa Do Hiroshima University Dental Behavioural Inventory (HUDBI - versão portuguesa). Diferenças nas atitudes e comportamentos entre estudantes do 1º e 3º ano do curso de Higiene Oral. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. doi:10.1016/j.rpemd.2011.07.001

CAPITULO V

ESTUDO II – ATITUDES, COMPORTAMENTOS E CONDIÇÕES DE SAÚDE ORAL DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: UM ESTUDO LONGITUDINAL

Introdução

No estudo I adaptou-se o HUDBI à população portuguesa tornando-se exequível, no estudo II, aplicá-lo a estudantes portugueses para análise dos seus comportamentos e atitudes em saúde oral.

A importância de se estudar este tema baseia-se em investigações que demonstram que estas atitudes e comportamentos se reflectem na saúde oral da população (Axelsson, 2000; Axelsson, 2002; Barenie, Lescke & Ripa, 1976; Hugoson & Koch, 1981; Lindhe, Axelson & Tollskog, 1975).

Ainda, que não existe associação entre a carreira profissional escolhida e os comportamentos de higiene oral e condições de saúde oral, pelo menos ao nível dos estudantes nos primeiros anos dos diferentes cursos (Bono et al., 2006).

Em simultâneo, estudos realizados nos últimos anos têm começado a investigar a influência que os cursos e os diferentes planos de estudo das escolas dentárias têm no desenvolvimento das atitudes e comportamentos relativos à saúde oral dos seus estudantes (Kawamura et al., 2005; Komabayashi et al., 2005; Nusair et al., 2006; Polychronopoulou & Kawamura, 2005; Rong, Wang & Yip, 2006). Estes trabalhos apontam para melhores atitudes e comportamentos em saúde oral nos estudantes que

frequentam os últimos anos de cursos de saúde oral, comparativamente com os seus colegas de primeiro ano

Por estas razões, alguns autores defendem que o curriculum académico pode ser fundamental para influenciar os comportamentos, atitudes e auto-cuidado em saúde oral dos estudantes (Kawamura et al.,2000). Contudo, também questionam o facto de os estudantes poderem ser apenas diferentes e não terem sofrido uma evolução nos comportamentos provocada por conhecimentos adquiridos curricularmente. Com estas reflexões, os autores justificam a necessidade de serem realizados estudos longitudinais, para que se possa atribuir aos currícula dos cursos as alterações nos comportamentos dos seus estudantes (Kawamura et al.,2002).

Também, para se verificar a eficiência dos comportamentos adquiridos ou modificados em higiene oral e a sua relação com condições de saúde oral, Al-Omari e Hamasha (2005) sublinham a necessidade de serem realizadas investigações que incluam a observação clínica da boca dos estudantes.

Associadamente, vários autores sustentam a importância de se avaliar a percepção que os estudantes têm da sua saúde oral. Com efeito, esta percepção surge frequentemente relacionada com o valor que os indivíduos atribuem à sua saúde oral e a probabilidade de procurarem cuidados para alcançar um estado de saúde melhor (Atchison & Gift, 1997; Brunswick & Nikias, 1975; Clemente t al, 2010; Garbin et al, 2009).

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2008), a percepção e a avaliação de saúde que os jovens fazem de si próprios são importantes, sendo uma área onde futura investigação é necessária, não só para confirmar o entendimento dos conceitos, como também para validar, por grupos e por género, a importância atribuída à saúde oral.

Considerando estes fundamentos, no presente estudo planeou-se identificar a existência de relações entre a percepção de saúde oral dos estudantes e os seus comportamentos e condições de saúde oral;

Pretendeu-se compreender as atitudes e os comportamentos em saúde oral de estudantes universitários ao longo dos seus cursos, analisando as diferenças na evolução entre estudantes de diferentes áreas científicas.

E ambicionou-se averiguar se a progressão dos alunos, nos cursos do âmbito da saúde oral, acompanha uma evolução positiva dos seus comportamentos, atitudes e condições de saúde oral.

Assim, o delineamento utilizado foi o de um estudo longitudinal prospectivo, observacional, analítico, tal como conceptualizado por Arnau e Bono (2008), Bonita, Beaglehole e Kjellström (2006), e Mcardle (2009).

Considerou-se o presente trabalho como uma investigação quantitativa pois quantificou-se fenómenos de alteração de comportamentos, atitudes e condições de saúde oral, classificando-os e analisando-os estatisticamente através de variáveis.

Tratou-se de um estudo observacional pois assegurou-se o decurso natural dos fenómenos a estudar, na medida em que o investigador apenas observou e mediu, não intervindo directamente na investigação.

Analítico, porque não se limitou a descrever fenómenos, analisou as relações entre exposição e resultado. Os grupos de indivíduos intervenientes foram estudados na perspectiva de se encontrarem associações entre as suas atitudes e comportamentos em saúde oral e outras variáveis (Rocha, 2007).

Definiu-se então uma matriz do tipo prospectivo, pois este tipo de delineamento permite verificar a associação entre o factor exposição e o desfecho, seguindo uma sequência temporal lógica (Mcardle, 2009; Rocha, 2007), permitindo confrontar as diferenças e a evolução da saúde, dos comportamentos e das atitudes em saúde oral intra e inter estudantes universitários.

1. Objectivos e hipóteses do estudo

Para a realização deste estudo foram delineados oito objectivos:

1. Comparar as atitudes e comportamentos em saúde oral entre os estudantes dos diferentes cursos, no 1º ano da sua frequência académica.
2. Comparar as atitudes e comportamentos em saúde oral entre os estudantes dos diferentes cursos, no 3º ano da sua frequência académica.

3. Comparar a evolução das atitudes e comportamentos em saúde oral dos estudantes de diferentes cursos, entre o 1º e o 3º ano da sua frequência académica.
4. Comparar as condições de saúde oral entre os estudantes dos diferentes cursos no 1º ano da sua frequência académica
5. Identificar e comparar as condições de saúde oral entre os estudantes dos diferentes cursos no 3º ano da sua frequência académica.
6. Comparar a evolução das condições de saúde oral dos estudantes de diferentes cursos, entre o 1º e o 3º ano da sua frequência académica.
7. Relacionar as atitudes e comportamentos em saúde oral com as condições de saúde oral dos estudantes dos diferentes cursos, no 1º ano e no 3º ano da sua frequência académica.
8. Identificar as relações entre a percepção de saúde oral dos estudantes e as suas rotinas em higiene oral.
9. Identificar as relações entre a percepção de saúde oral dos estudantes e as suas condições de saúde oral.

Face aos objectivos expostos foram formuladas as seguintes hipóteses de estudo:

- 1.H₀ – Não existem diferenças entre os estudantes dos diferentes cursos relativamente a atitudes e comportamentos em saúde oral no 1º ano da sua frequência académica.
- H₁ – Existem diferenças entre os estudantes dos diferentes cursos relativamente a atitudes e comportamentos em saúde oral no 1º ano da sua frequência académica.

2.H₀ -Não existem diferenças entre os estudantes dos diferentes cursos relativamente a atitudes e comportamentos em saúde oral no 3º ano da sua frequência académica.

H₁ – Existem diferenças entre os estudantes dos diferentes cursos relativamente a atitudes e comportamentos em saúde oral no 3º ano da sua frequência académica.

3.H₀ – Não existem diferenças nas atitudes e comportamentos em saúde oral dos estudantes entre o 1º e o 3º ano da sua frequência universitária.

H₁ – No final do 3º ano de frequência universitária os estudantes têm melhores atitudes e comportamentos em saúde oral que no 1º ano.

4.H₀ -Não existem diferenças entre os estudantes dos diferentes cursos relativamente às condições de saúde oral no 1º ano da sua frequência académica.

H₁ – Existem diferenças entre os estudantes dos diferentes cursos relativamente às condições de saúde oral no 1º ano da sua frequência académica.

5.H₀ – Não existem diferenças entre os estudantes dos diferentes cursos relativamente às condições de saúde oral no 3º ano da sua frequência académica.

H₁ – Existem diferenças entre os estudantes dos diferentes cursos relativamente às condições de saúde oral no 3º ano da sua frequência académica.

6.H₀ – Não existem diferenças nas condições de saúde oral dos estudantes entre o 1º e o 3º ano da sua frequência universitária.

H₁ – No final do 3º ano de frequência universitária os estudantes têm melhores condições de saúde oral que no 1º ano.

7.H₀ – Não existe relação entre os comportamentos e atitudes em saúde oral e as condições de saúde dentária e periodontal.

H₁ – Existe relação entre os comportamentos e atitudes em saúde oral e as condições de saúde dentária e periodontal.

8.H₀- Não existe relação entre a percepção de saúde oral as rotinas em higiene oral

H_1 - Existe relação entre a percepção de saúde oral as rotinas em higiene oral.

9. H_0 - Não existe relação entre a percepção de saúde oral e as condições de saúde oral.

H_1 - Existe relação entre a percepção de saúde oral e as condições de saúde oral.

2. Métodos

O planeamento do estudo envolveu a escolha e seguimento de dois grupos de estudantes: um de expostos a unidades curriculares que lhes proporcionaram conhecimentos sobre a etiologia, tratamento e métodos de prevenção de doenças orais e outro de não expostos a unidades curriculares relacionadas com ciências da saúde oral. Quantificou-se e analisou-se a evolução dos comportamentos e atitudes em saúde oral e as condições de saúde oral durante um período de três anos.

2.1. Participantes

A população alvo foi constituída pelos estudantes da Universidade de Lisboa inscritos, pela primeira vez, no 1º ano dos cursos de medicina dentária, higiene oral e prótese dentária da Faculdade de Medicina Dentária, de psicologia da Faculdade de Psicologia e de ciências farmacêuticas da Faculdade de Farmácia, no ano lectivo de 2008/2009.

No início do ano lectivo 2008/2009, 225 estudantes dos cinco cursos preencheram todos os requisitos do 1º momento de avaliação do estudo. No final do ano lectivo 2010 /2011, cooperaram 131 estudantes.

No 2º momento de avaliação, não participaram os estudantes que não se encontravam no 3º ano dos cursos, por reprovação ou porque se mudaram ou transferiram para outros cursos. Ainda, estudantes que se encontravam a fazer Erasmus no período de recolha de dados.

Do total de estudantes que participaram nos dois momentos de avaliação, 16,0% eram do curso de medicina dentária; 19,8% do de higiene oral; 25,2% do de prótese dentária, 23,7% do de psicologia e 15,3% de ciências farmacêuticas.

A participação por género foi aproximadamente de 20% (25) para o masculino e 80% (106) para o feminino, com uma média de idades de 20,5 anos (Max=24, Min=19, Dp=±0,817) (Tabela 1).

Tabela 1.

Caracterização demográfica – 2008 - 2011

Dados demográficos		Estudantes por cursos					Total
		Medicina Dentária	Higiene Oral	Prótese	Psicologia	Farmácia	
Amostra Inicial (2008)		44	43	44	55	39	225
Perda de estudantes		52,3%	39,5%	25%	43,6%	48,7%	41,8%
Amostra final (2011)		21	26	33	31	20	131
Género	Feminino	16	22	25	27	16	106 (80,9%)
	Masculino	5	4	8	4	4	25 (19,1%)
Idade	Média	20,95	20,77	20,27	20,29	20,4	20,5
	(±dp)	(±1,203)	(±0,863)	(±0,626)	(±0,529)	(±0,689)	(±0,817)

Para maior homogeneidade etária na amostra, evitando possíveis distorções na confrontação de dados entre os estudantes dos diferentes cursos, não foram abrangidos os estudantes que ingressaram, nos cursos em estudo, pelo contingente “maiores de 23”. As razões que levaram a esta opção prendem-se com os seguintes argumentos:

1º - Nem todos os cursos envolvidos têm esta opção de entrada;

2º Todos os estudantes “maiores de 23” do curso de higiene oral provêm de profissões ligadas à saúde oral.

Critérios de Inclusão

Foram incluídos neste trabalho estudantes que se inscreveram pela primeira vez no 1º ano dos cursos superiores supramencionados no ano lectivo 2008/2009, com idades inferiores a 23 anos e que aceitaram participar na investigação.

Critérios de exclusão

Foram excluídos os estudantes que ingressaram no 1º ano dos cursos de medicina dentária, prótese e higiene oral, oriundos de outras instituições de ensino superior com

curso relacionados com ciências da saúde oral, através de transferências ou mudanças de curso. Ainda, os estudantes com idades iguais ou superiores a 23 anos.

2.2. Instrumentos

Para recolha de dados relativos a comportamentos e atitudes em saúde oral foi utilizada a versão portuguesa do Inventário de atitudes e comportamentos em saúde oral - HUDBI (Kawamura, 1988). Posteriormente, foram realizados exames clínicos para avaliação Índice de cárie dentária - CPO (Klein, Palmer & Knutson, 1938) e do Índice periodontal comunitário - IPC (Ainamo et al., 1982). Imediatamente antes da observação oral, foi aplicado um questionário de rotinas em higiene oral e percepção de estado de saúde oral.

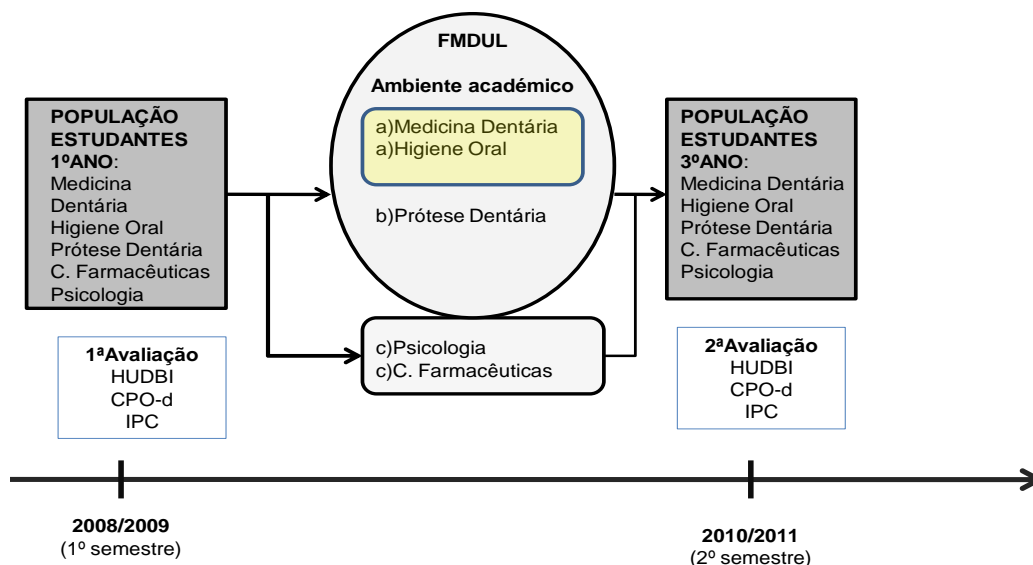
2.3. Procedimentos

O trabalho teve uma duração de 3 anos, no final dos quais os estudantes dos cursos de Higiene Oral e Prótese Dentária se encontravam a finalizar as suas licenciaturas e os estudantes dos cursos de Medicina Dentária, Psicologia e Ciências Farmacêuticas a finalizar o 1º ciclo de estudos.

O estado de saúde oral, os comportamentos e as atitudes que os estudantes têm relativamente à mesma foram avaliados em dois momentos: quando ingressaram na Faculdade e, exactamente com os mesmos instrumentos de avaliação, 3 anos depois. Ou seja, no início da sua frequência no 1º ano lectivo nos diferentes cursos (2008/2009) e no final do 3º ano lectivo (2010/2011).

Na Figura I apresenta-se o delineamento do estudo.

Figura 1 - Delineamento do estudo II



a) Estudantes expostos a conhecimentos de saúde oral curriculares e expostos ao ambiente académico da FMDUL; b) Estudantes não expostos a conhecimentos de saúde oral curriculares mas expostos ao ambiente académico da FMDUL; c) Estudantes não expostos a conhecimentos de saúde oral curriculares nem ao Ambiente da Faculdade de Medicina Dentária.

2.3.1. Inventário de atitudes e comportamentos em saúde oral (HUDBI)

O preenchimento do inventário HUDBI (versão portuguesa – adaptada no estudo I) realizou-se em salas de aula, no 1º semestre do 1º ano dos respectivos cursos e no final do 2º semestre do ano lectivo de 20010/2011 a todos os estudantes que voluntariamente consentiram em participar.

O inventário foi distribuído e explicado pelo investigador. As dúvidas expostas pelos estudantes foram repetidas e respondidas em voz alta de forma a serem ouvidas por todos os intervenientes.

O preenchimento do inventário por todos os intervenientes demorou cerca de 15 minutos em cada sala de aula.

A adesão ao preenchimento do inventário foi boa, todos os estudantes presentes nas salas de aula o fizeram. Todavia, da totalidade, 15 inventários (12 de estudantes de farmácia e 3 de estudantes de Psicologia) tiveram de ser excluídos porque os estudantes ou não preencheram os cabeçalhos que os identificava ou fizeram-no com nomes que não existiam nas listagens fornecidas pelas faculdades.

Depois do preenchimento dos inventários, os estudantes foram informados da data e local onde se iriam realizar os exames clínicos, para recolha de dados clínicos e de informações sobre hábitos de higiene oral.

2.3.2.Exames clínicos

Os exames clínicos foram efectuados em salas cedidas pelas várias faculdades, durante os intervalos das aulas leccionadas em cada curso.

Com o objectivo de que as condições de observação fossem iguais em todos os casos, os participantes foram sentados numa cadeira sem acção directa da luz solar e o exame das estruturas orais foi conduzido sistematicamente, sem que antes tivesse existido qualquer secagem ou isolamento.

O examinador posicionou-se de modo a que os seus olhos se encontrassem ao nível da boca dos participantes, com uma mesa de apoio que permitia não só o registo das observações, mas também a organização de todo o restante material necessário. O registo dos índices CPO e IPC foram feitos pela examinadora, durante a observação clínica, em folha de registo construída para o efeito (Apêndice 3).

O tempo dispendido por cada participante nesta actividade rondou os 8 minutos.

A todos os participantes foi comunicado o estado de saúde oral encontrado e a necessidade de procura de cuidados de saúde oral específicos, tanto no exame clínico realizado no 1º momento do estudo como no 2º.

A adesão a este procedimento foi muito difícil no primeiro momento de recolha de dados (2008/2009). Apesar de 349 estudantes terem preenchido o consentimento informado, esclarecedor de todos os procedimentos e de terem completado o inventário, 124 estudantes não compareceram aos exames clínicos alegando não ter tempo ou não precisar de saber a condição da sua boca ou ainda, voltar noutro dia.

No 2º momento de recolha de dados (2010/2011), os 131 estudantes que se encontravam nos diversos cursos participaram facilmente em todo o processo.

Índice de cárie dentária – CPO

O índice que regista o número de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO), originalmente descrito por Klein et al. (1938), é o índice mais utilizado em inquéritos epidemiológicos para determinar a gravidade da cárie dentária. Uma das maiores vantagens deste índice deve-se à generalização da sua utilização a nível mundial ao longo dos últimos setenta anos, proporcionando uma considerável base de comparação de dados relativos à gravidade da cárie dentária.

Para a realização deste índice utilizou-se uma sonda periodontal com ponta em esfera de 0,5 mm de diâmetro, um espelho plano e luz artificial conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997).

Todos os dentes presentes na boca foram observados, tendo sido registados com os códigos expostos no Quadro 1:

Quadro 1
Critério de registo para o índice CPO

Estado dentário	Dente Permanente
São	0
Cariado	1
Restaurado e cariado	2
Restaurado sem cárie	3
Extraído por cárie	4
Extraído por outras razões	5
Selantes	6
Pilar de ponte, coroa ou implante.	7
Não erupcionado	8
Traumatismo	T
Não registado (bandas ortodônticas / hipoplasias acentuadas)	9

No índice CPO:

O componente C – inclui todos os dentes com os códigos 1 ou 2

O componente P – dentes com código 4 em indivíduos com menos de 30 anos, e 4 ou 5 com mais de 30 anos.

O componente O – inclui apenas dentes com o código 3.

A base para o cálculo do CPO é 28 dentes - todos os dentes permanentes são contabilizados excepto os terceiros molares.

Os dentes codificados com 6 (selantes de fissura) ou 7 (pilar de ponte, coroa ou implante) não são incluídos no cálculo do CPO.

Índice periodontal comunitário - IPC

O Índice Periodontal Comunitário (IPC) de Ainamo et al. (1982) é o método menos complexo, internacionalmente estabelecido, para estimar os níveis das condições periodontais nas populações (Pine et al., 1997).

Para a realização deste índice utilizou-se uma sonda periodontal com ponta em esfera de 0,5 mm de diâmetro seguida uma área demarcada em preto, situada entre 3,5 mm e 5,5 mm da ponta da esfera, um espelho plano e luz artificial, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997).

A boca foi dividida em sextantes definidos pelos números dos dentes 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43, 44-48. Um sextante só é examinado se existirem dois ou mais dentes presentes e sem indicação para extracção.

Os dentes índice, nos quais se fazem as medições, são os 17-16, 11, 26-27, 37-36, 31, 46-47. Em caso de ausência desses dentes, serão utilizados os outros dentes do sextante.

Cada dente deve ter seis pontos de sondagem: méso-vestibular, vestibular, disto-vestibular, méso-lingual, lingual e disto-lingual.

A situação de cada dente é registada de acordo com os seguintes códigos: X- sextante excluído, 0- sextante são, 1- sextante com presença de hemorragia após sondagem, 2- presença de cálculo supra- ou subgengival, 3- bolsa periodontal de 4 a 5 mm e 4- bolsa periodontal maior ou igual a 6 mm.

Cada sextante foi classificado com base na pior situação encontrada nos dentes índice.

Calibragem intra-examinador

A recolha dos índices clínicos (CPO e IPC) foi realizada por um único investigador, tendo sido realizada calibragem intra-examinador para avaliação da consistência dos exames clínicos realizados.

Considerando a experiência em função da prática clínica e comunitária da examinadora e a realização de calibrações anuais com colegas profissionais da área em estudo, considerou-se existir uniformização de critérios clínicos, não sendo feita calibragem inter-observador para este trabalho. Todavia, a verificação da concordância intra-examinador foi feita durante a recolha dos dados, no sentido de se aferir a consistência dos dados recolhidos e registados nos exames orais realizados.

A calibragem intra-examinador foi realizada a partir de exames repetidos em 7% da população do estudo e da posterior comparação entre cada par de exames. O intervalo das observações foi de 20 dias, respeitando as mesmas condições recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997).

A medida de concordância utilizada foi o coeficiente Kappa (Landis & Kock, 1997). Para maior acuidade nos resultados e para a examinadora perceber onde se poderiam encontrar os seus maiores erros de observação, o teste Kappa para o índice CPO foi calculado para cada um dos dentes observados atingindo valores entre 0,71 e 1. Verificou-se que as discrepâncias encontradas estavam essencialmente em dentes posteriores, entre identificação de obturações em compósito e dentes sãos e entre dentes obturados e obturados com recidiva de cárie. Quando calculado para os valores globais de CPO, o Kappa obtido foi de 0,70, revelando uma consistência forte. O valor de Kappa obtido para os registos de IPC também foi considerado forte (Kappa=0,888), todavia este teste de consistência foi enviesado pelo facto de alguns dos estudantes observados terem realizado destarizações entre as duas observações. De facto, constatou-se que as diferenças nos sextantes registados variaram essencialmente entre os valores 2 (presença de cálculo supra ou subgingival) e 1 (presença de hemorragia pós - sondagem).

2.3.3. Questionário de rotinas em higiene oral e percepções de saúde oral

O questionário utilizado foi especificamente elaborado para a realização deste trabalho. Os estudantes preencheram-no imediatamente antes dos seus exames clínicos em 2008/2009 e logo a seguir ao preenchimento do inventário HUDBI em 2010/2011.

No 1º momento de recolha de dados (2008/2009) o questionário consistiu em cinco perguntas de rotinas em higiene oral e percepção de estado de saúde oral. O objectivo do questionário foi a obtenção de informações sobre rotinas em higiene oral como: a frequência da escovagem; do uso do fio dentário; a frequência de consultas ao médico dentista e a caracterização do estado de saúde oral individual percebida por cada estudante (Apêndice 4).

Em 2010/2011, foram adicionadas 7 perguntas ao questionário utilizado anteriormente relativas à realização de tratamentos dentários e de higiene oral nos últimos 3 anos, utilização de serviços de saúde disponíveis na FMDUL e concepções dos estudantes acerca das suas mudanças de hábitos de higiene oral nos últimos três anos (Apêndice 5).

2.3.4. Variáveis do estudo

Foram consideradas variáveis independentes ou de exposição, aquelas que se admitiu poderem influenciar as dependentes e que, no seu conjunto, caracterizam os indivíduos relativamente ao género, idade e curso que frequentam. As variáveis dependentes são aquelas que representam os resultados relativos a comportamentos, atitudes, percepções, hábitos de higiene oral e condições clínicas de saúde oral.

2.3.4.1. Variáveis independentes

No Quadro 2 apresentam-se as variáveis independentes do estudo.

QUADRO 2 – Descrição de variáveis independentes		
Variáveis	Código ou valor	Tipo
Idade	Anos	Quantitativa de razão
Género	M/F	Qualitativa nominal
Curso	1-medicina dentária; 2- higiene oral; 3 – prótese dentária; 4- psicologia; 5- farmácia	Qualitativa nominal
Opção de entrada no Curso que frequenta	Nº de opção	Quantitativa de razão
Ano de Curso	1º ano; 3º ano	Qualitativa ordinal

A varável “curso” subdividiu os participantes desta investigação na medida em que nem todos os currícula dos cursos em estudo proporcionam conhecimentos académicos de saúde oral aos seus estudantes, nomeadamente: o curso de Prótese Dentária, de Ciências Farmacêuticas e de Psicologia. Também, desta variável deriva uma outra variável de interesse – “ O Ambiente da Faculdade de Medicina Dentária”.

Neste “Ambiente da Faculdade de Medicina Dentária” estão incluídos todos os tipos de convivência a que os estudantes estão expostos durante a sua estadia na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, nomeadamente o convívio com colegas e docentes de vários cursos nos bares e refeitórios, a participação em exames práticos clínicos de colegas, colegas/amigos, as facilidades de consultas gratuitas de higiene oral e de medicina dentária. Este ambiente não é facultado aos estudantes de Ciências farmacêuticas e de Psicologia.

2.3.4.2. Variáveis dependentes

Variáveis relacionadas com os comportamentos e atitudes em saúde oral (HUDBI – Kwawamura,1988)

As variáveis que corporizam as Atitudes e os Comportamentos em saúde oral estão categorizadas numa escala dicotómica (Concordo/ Não concordo) (quadro 3).

Quadro 3 – Descrição de variáveis relacionadas com comportamentos e atitudes em saúde oral		
Variáveis	Código ou Valor	Tipo
HUDBI	0 - 12	Quantitativa escalar
1.Eu não me preocupo com idas ao dentista.	Concordo-1; Discordo-2	Qualitativa nominal
2.As minhas gengivas sangram quando escovo os dentes	Concordo-1; Discordo-2	Qualitativa nominal
3.Preocupo-me com a cor dos meus dentes.	Concordo-1; Discordo-2	Qualitativa nominal
4.Já reparei nalguns depósitos brancos e pegajosos nos meus dentes	Concordo-1; Discordo-2	Qualitativa nominal
5.Costumo usar uma escova de dentes para crianças.	Concordo-1; Discordo-2	Qualitativa nominal
6.Eu penso que vou ter de usar dentadura quando for velho	Concordo-1; Discordo-2	Qualitativa nominal
7.Eu importo-me com a cor da minha gengiva	Concordo-1; Discordo-2	Qualitativa nominal
8.Mesmo escovando os dentes diariamente, tenho a impressão que eles estão a piorar.	Concordo-1; Discordo-2	Qualitativa nominal
9.Escovo cada um dos meus dentes cuidadosamente	Concordo-1; Discordo-2	Qualitativa nominal
10.Nunca recebi orientação profissional de como escovar os dentes	Concordo-1; Discordo-2	Qualitativa nominal
11.Eu acho que consigo limpar bem os dentes, mesmo sem usar dentífrico	Concordo-1; Discordo-2	Qualitativa nominal
12.Depois de escovar os dentes verifico no espelho se os lavei bem	Concordo-1; Discordo-2	Qualitativa nominal
13.Preocupo-me com o mau hálito	Concordo-1; Discordo-2	Qualitativa nominal
14.É impossível evitar problemas na gengiva só com escovagem	Concordo-1; Discordo-2	Qualitativa nominal
15.Só vou ao dentista quando tenho dor de dentes	Concordo-1; Discordo-2	Qualitativa nominal
16.Já usei um “corante” para ver se os meus dentes estavam limpos	Concordo-1; Discordo-2	Qualitativa nominal
17.Uso uma escova com pêlos duros	Concordo-1; Discordo-2	Qualitativa nominal
18.Só sinto que lavei bem os dentes se os escovar com movimentos rápidos e fortes	Concordo-1; Discordo-2	Qualitativa nominal
19.Tenho sempre tempo para lavar os dentes.	Concordo-1; Discordo-2	Qualitativa nominal
20.O dentista já me elogiou a forma como lavo os dentes	Concordo-1; Discordo-2	Qualitativa nominal
21.Eu utilizo fio dentário pelo menos uma vez por semana	Concordo-1; Discordo-2	Qualitativa nominal

As variáveis referentes às **“atitudes relativas à saúde oral”** (itens 6, 8, 11, e 14) traduzem as crenças relativas à necessidade do uso futuro de próteses dentárias, ao agravamento progressivo do estado de saúde dos dentes apesar da escovagem diária, à

possibilidade de se ter uma boa higiene oral sem o uso de dentífricos bem como à possibilidade de prevenção da gengivite com a escovagem.

As variáveis que substantificam o conceito de **“comportamentos relativos à saúde oral”** (itens 9, 12, 15, 16, 17, 18, 19 e 21) são: a execução de escovagem cuidadosa, a verificação final da escovagem dos dentes; as visitas regulares ao dentista, a utilização de corante revelador de placa bacteriana, a utilização de fio dentário; a disponibilidade para a escovagem dos dentes; o tipo de escova e método de escovagem.

A **“auto-percepção do estado de saúde oral”** (itens 2, 4, 20) agrega as variáveis: reconhecimento de hemorragia gengival após escovagem, verificação da existência de placa bacteriana nos dentes e compreensão de orientações profissionais recebidas.

Variáveis clínicas relativas às condições de saúde oral

As variáveis que irão evidenciar as **“condições de saúde oral”** serão expressas através dos índices clínicos de cárie dentária (CPO) e de estado periodontal (IPC) (Quadro 4).

Quadro 4 – Descrição de variáveis relacionados com o estado de saúde oral do grupo de estudantes (valores médios)		
Variáveis	Código ou valor	Tipo
CPO	0-28	Quantitativa de razão
Dentes cariados	0-28	Quantitativa de razão
Dentes perdidos	0-28	Quantitativa de razão
Dentes obturados	0-28	Quantitativa de razão
IPC	0-4	Quantitativa de razão
Nº de sextantes Sãos	0-6	Quantitativa de razão

Variáveis relativas a rotinas em higiene oral, percepções de saúde oral e tratamentos dentários

Durante as observações orais foi realizado um questionário para enriquecer e esclarecer o conjunto de dados clínicos recolhidos, as respostas registadas constituem variáveis relacionadas com hábitos em higiene oral, percepção de estado de saúde oral e tratamentos dentários (Quadro 5).

Quadro 5 – Descrição de variáveis relacionadas com rotinas em higiene oral, percepções e tratamentos em saúde oral.		
Variáveis	Código ou valor	Tipo
Frequência escovagem diária	0 – não escova; 1- 1x por dia; 2- 2x por dia; 3 x por dia	Quantitativa ordinal
Uso diário do fio dentário	0 –não usa; 1-pelo menos 1x por semana; 2 -1 x por dia	Quantitativa ordinal
Percepção de saúde oral	não sabe – 0; muito má - 1; má -2; razoável -3; boa -4; muito boa - 5	Qualitativa ordinal
Quando procura o dentista	0-Não procura; 1-fases agudas (com dor); 2- para controlo	Qualitativa ordinal
Periodicidade de consultas de controlo apercebida	1-Semestral; 2-anual; 3-depender da patologia ; 4-Não é necessária	Qualitativa nominal
Utilização de aparelho ortodôntico	0-Não; 1-Sim	Qualitativa nominal
Realização de tratamento dentário últimos 3 anos	0-Não; 1-Sim	Qualitativa nominal

2.3.5. Análise estatística dos dados

A análise e o tratamento dos dados recolhidos no questionário e nos exames clínicos foram efectuados com a aplicação *Predictive Analytics SoftWare (PASW)* Versão 17. Recorreu-se aos habituais métodos de estatística descritiva, sendo realizadas algumas análises comparativas, relacionais e de frequências às variáveis em estudo de forma a caracterizar a amostra. Para tal foram utilizadas medidas estatísticas de localização central tais como a média, mediana e a moda, além das medidas de dispersão tais como a variância e o desvio padrão, de acordo com a distribuição amostral encontrada e tipo de variável.

Toda a informação que permitia a caracterização da amostra foi analisada utilizando métodos estatísticos descritivos.

Para a análise de apuramento geral dos resultados, foram calculadas as frequências absolutas (contagens do número de participantes para cada categoria) e relativas (percentagens do total de participantes) para todas as variáveis em estudo.

Foram também analisadas as relações entre as variáveis dependentes e as variáveis género, curso e ano de curso.

A escolha dos testes estatísticos inferenciais dependeu da distribuição dos dados da população em estudo e do tipo de relações que se pretendeu estudar. Verificou-se, através de testes estatísticos de normalidade (Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk), que, em ambos os momentos temporais, a população em estudo apresentava uma distribuição significativamente diferente da normalidade ($p < 0,005$).

Assim, efectuaram-se testes estatísticos inferenciais não-paramétricos adequados às variáveis em estudo, de modo a encontrar evidência estatística que respondesse às questões de investigação formuladas.

Os testes estatísticos utilizados tiveram em conta a classificação atribuída às variáveis do estudo. Desta forma, para as variáveis qualitativas nominais estudaram-se as proporções e usou-se o teste do Qui-quadrado.

As variáveis qualitativas ordinais foram analisadas da mesma forma que as nominais e ainda com medianas, quartis, modas e o teste estatístico de Kruskal-Wallis.

As variáveis quantitativas foram analisadas como as variáveis nominais e ordinais, mas também se estudaram as médias e desvios-padrão e aplicou-se os testes de Kruskal-Wallis e de correlação de Spearman.

O teste de Kruskal-Wallis permitiu avaliar a diferença entre grupos, e o teste bivariado de Mann-Whitney, como teste *post hoc* permitiu o estudo das diferenças entre dois grupos específicos. O nível de significância estabelecido nestes testes foi, também, de 5%.

Para se estudar a relação entre todas as variáveis, procurou-se definir as componentes principais que as indicassem como factores correlacionados. Para tal, realizou-se uma análise estatística com o estudo da análise factorial. Análise que não testa hipóteses de estudo, nem procura significância estatística entre variáveis.

Após identificadas as dimensões das variáveis, foram efectuadas regressões múltiplas para estudar as interdependências entre as variâncias das mesmas, procurando as significâncias estatísticas entre as variáveis de cada componente.

Para se verificar a significância das mudanças de opinião relativas a comportamentos e atitudes descritos nos 21 itens do HUDBI, utilizou-se a prova estatística não-paramétrica binominal.

Foram utilizados os testes estatísticos Wilcoxon Signed Ranks e o t-test para analisar a evolução das variáveis entre os dois momentos de avaliação do estudo.

3. Resultados

Nesta secção são apresentados os resultados apurados nas recolhas de dados realizadas durante o início do ano lectivo de 2008/2009 e final do ano lectivo de 2010/2011. São expostos os dados relativos às modificações e diferenças encontradas a nível dos comportamentos, atitudes e condições de saúde oral dos estudantes, entre os três anos de frequência académica e os estudantes dos cinco cursos envolvidos no estudo.

3.1. Comportamentos e atitudes em saúde oral

3.1.1. Ano lectivo 2008/2009 – 1º momento de avaliação

O inventário de comportamentos e atitudes em saúde oral (HUDBI) foi preenchido de forma válida por 349 estudantes do 1º ano dos cinco diferentes cursos.

Conforme Tabela 2, os dados recolhidos no inventário revelam que a grande maioria dos estudantes se preocupa com o mau hálito (99,7%, n=348), com a cor dos dentes (96,3%, n=336) e com a cor da gengiva (72,2%, n=252).

Relativamente aos comportamentos, 59,9% (209) dos estudantes referem que escovam cada um dos seus dentes cuidadosamente; 85,7% (299) verificam sempre se os lavaram bem depois da escovagem; 28,4% (99) afirmam nunca terem tido orientação profissional de como escovar os dentes; 23,5% (82) já repararam na existência de alguns depósitos brancos e pegajosos nos seus dentes; 11,2% (39) já utilizaram “corante” para verificar se os dentes estavam limpos; 26,4% (92) dizem sangrar da gengiva quando escovam os dentes; 27% (97) só vão ao dentista quando têm dor de dentes, 34,7% (121) utilizam uma escova de pêlos duros e 90 (25,8%) só sentem que os dentes ficam bem lavados com movimentos rápidos e fortes da escova; 14,9% (52) utilizam fio pelo menos uma vez por semana.

Mais de metade dos estudantes (62,2%, n=217) acredita que é impossível evitar problemas na gengiva só com escovagem. Alguns (21,8%, n=76) pensam que apesar de escovarem os dentes eles estão a piorar e 54 (15,5%) crêem que vão ter de usar dentadura quando forem velhos.

Tabela 2
Percentagens de respostas “Concordo” por curso - 2008/2009

Descrição de itens	Cursos						χ^2 (Valor de p)
	Medicina dentária (51)	Higiene Oral (44)	Prótese Dentária (45)	Psicologia (86)	Farmácia (123)	Total (349)	
1. Eu não me preocupo com idas ao dentista.	7,8% (4)	6,8% (3)	4,4% (2)	11,6% (10)	11,4% (14)	9,5% (33)	0,585
2. As minhas gengivas sangram quando escovo os dentes.	19,6% (10)	25% (11)	31,1% (14)	26,7% (23)	27,6% (34)	26,4% (92)	0,759
3. Preocupo-me com a cor dos meus dentes.	94,1% (48)	97,7% (43)	100% (45)	96,5% (83)	95,1% (117)	96,3% (336)	0,536
4. Já reparei nalguns depósitos brancos e pegajosos nos meus dentes.	13,7% (7)	27,3% (12)	8,9% (4)	23,3% (20)	31,7% (39)	23,5% (82)	0,011*
5. Costumo usar uma escova de dentes para crianças.	0% (0)	0% (0)	2,2% (1)	0% (0)	1,6% (2)	0,8% (3)	0,494
6. Eu penso que vou ter de usar dentadura quando for velho.	9,8% (5)	6,8% (3)	26,7% (12)	20,9% (18)	15,4% (19)	15,5% (54)	0,042*
7. Eu importo-me com a cor da minha gengiva.	58,8% (30)	65,9% (29)	71,1% (32)	75,6% (65)	78,0% (96)	72,2% (252)	0,091
8. Mesmo escovando os dentes diariamente, tenho a impressão que eles estão a piorar.	11,8% (6)	27,3% (12)	17,8% (8)	23,3% (20)	24,4% (30)	21,8% (76)	0,308
9. Escovo cada um dos meus dentes cuidadosamente.	66,7% (34)	61,4% (27)	75,6% (34)	54,7% (47)	54,5% (67)	59,9% (209)	0,088
10. Nunca recebi orientação profissional de como escovar os dentes.	19,6% (10)	18,2% (8)	40,0% (18)	31,4% (27)	29,3% (36)	28,4% (99)	0,107
11. Eu acho que consigo limpar bem os dentes, mesmo sem usar dentífrico.	15,7% (8)	15,9% (7)	4,4% (2)	20,9% (18)	14,6% (18)	15,2% (53)	0,178
12. Depois de escovar os dentes verifico no espelho se os lavei bem.	80,4% (41)	88,6% (39)	97,8% (44)	87,2% (75)	81,3% (100)	85,7% (299)	0,063
13. Preocupo-me com o mau hálito.	98,0% (50)	100% (44)	100% (45)	100% (86)	100% (123)	99,7% (348)	0,210
14. É impossível evitar problemas na gengiva só com escovagem.	56,9% (29)	70,5% (31)	55,6% (25)	59,3% (51)	65,9% (81)	62,2% (217)	0,442
15. Só vou ao dentista quando tenho dor de dentes.	27,5% (14)	18,2% (8)	35,6% (16)	34,9% (30)	23,6% (29)	27% (97)	0,157
16. Já usei um “corante” para ver se os meus dentes estavam limpos.	11,8% (6)	22,7% (10)	2,2% (1)	8,1% (7)	12,2% (15)	11,2% (39)	0,033*
17. Uso uma escova com pêlos duros.	35,3% (18)	29,5% (13)	15,6% (7)	43,0% (37)	37,4% (46)	34,7% (121)	0,029*
18. Só sinto que lavei bem os dentes se os escovar com movimentos rápidos e fortes.	25,5% (13)	22,7% (10)	17,8% (8)	29,0% (25)	27,6% (34)	25,8% (90)	0,657
19. Tenho sempre tempo para lavar os dentes.	76,5% (39)	77,3% (34)	73,3% (33)	82,6% (71)	77,2% (95)	77,9% (272)	0,785
20. O dentista já me elogiou a forma como lavo os dentes.	33,3% (17)	52,3% (23)	26,7% (12)	33,7% (29)	36,6% (45)	51,6% (180)	0,130
21. Eu utilizo fio dentário pelo menos uma vez por semana	11,8% (6)	34,1% (15)	26,7% (12)	14% (12)	5,7% (7)	14,9% (52)	0,000**

Nota. O teste estatístico do Qui-quadrado foi efectuado para analisar as diferenças entre os cursos (significância: * $p < 0,05$; **, $p < 0,001$)

A maioria concorda encontrar sempre tempo para escovar os dentes (77,9%, n=272); 15,2% (53) acham que conseguem limpar bem os dentes mesmo sem dentífrico e 62,2% (217) consideram ser impossível evitar problemas na gengiva só com escovagem.

Conforme apresentado na Tabela 3, foram encontradas diferenças significativas entre os estudantes ao nível dos comportamentos relativos aos itens nº 16 ($p=0,033$), nº 17 ($p=0,033$) e nº 21 ($p<0,001$). Bem como, ao nível da percepção de condição de saúde oral representada no item nº 4 ($p=0,011$) e na atitude descrita no item nº6 ($p=0,042$).

Ou seja, conforme a Tabela 3, e analisando conjuntamente a Tabela 2, foram significativamente mais os estudantes dos cursos de farmácia, higiene oral e psicologia que repararam ter alguns depósitos brancos e pegajosos nos dentes (item 4), comparativamente com os de prótese dentária ($p<0,01$, $p<0,05$ e $p<0,05$ respectivamente). Neste item, os estudantes de farmácia e de medicina dentária também se diferenciaram ($p<0,05$), sendo significativamente maior a proporção de estudantes de farmácia que repararam ter depósitos nos dentes.

Tabela 3
Diferenças entre os estudantes, relativas aos itens do HUDBI – 2008/2009

Item	CURSOS									
	MD/HO	MD/PD	MD/PS	MD/F	HO/PD	HO/PS	HO/F	PD/PS	PD/F	PS/F
4				5,994* $p=0,014$	5,099* $p=0,024$			4,075* $p=0,044$	9,008** $p=0,003$	
6		4,665* $p=0,031$							6,740* $p=0,010$	4,301* $p=0,038$
16					8,636** $p=0,003$	5,449* $p=0,020$				
17		4,836* $p=0,028$						9,992** $p=0,002$	7,279** $p=0,007$	
21	26,838** $p=0,009$				7,173** $p=0,007$	22,852*** $p=0,000$			14,452*** $p=0,000$	4,181* $p=0,041$

Nota. Para analisar as diferenças nos itens entre os cursos foi utilizado o teste estatístico de independência do Qui-quadrado de Pearson (χ^2) (significância: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$).

Também se pode verificar que a proporção dos estudantes de prótese dentária que pensam ter de vir a usar dentadura quando forem velhos (item 6) é significativamente superior à dos estudantes dos cursos de farmácia ($p < 0,05$) e

medicina dentária ($p<0,05$). O que também se revela entre os estudantes dos cursos de psicologia e farmácia ($p<0,05$).

Relativamente ao item 16, a proporção de estudantes que já utilizou o corante revelador de placa bacteriana, é significativamente maior no curso de higiene oral comparativamente com a dos cursos de psicologia ($p<0,05$) e prótese dentária ($p<0,01$).

São significativamente menos os estudantes de prótese dentária que utilizam uma escova de dentes com pêlos duros (item 17), comparativamente com os estudantes de psicologia, farmácia e medicina dentária ($p<0,01$, $p<0,01$ e $p<0,05$ respectivamente).

A utilização de fio dentário pelo menos uma vez por semana (item 21) é mais comum entre os estudantes de higiene oral, diferenciando-se significativamente dos estudantes dos cursos de psicologia ($p<0,01$), de medicina dentária ($p<0,01$) e de farmácia ($p<0,001$). Os estudantes de farmácia também apresentam diferenças significativas relativamente aos de prótese dentária ($p<0,001$) e psicologia ($p<0,05$), pois proporcionalmente são os que menos consideram utilizar o fio dentário pelo menos uma vez por semana.

Quando confrontados os comportamentos e atitudes em saúde oral relativamente aos géneros, constatou-se a existência de diferenças significativas no item 1 e no item 11 (Tabela 4).

Verificou-se que a proporção de indivíduos do género masculino que não se preocupam com as consultas regulares ao dentista é significativamente maior que a proporção de indivíduos do género feminino ($p < 0,005$). Evidenciou-se também que a proporção de estudantes do género masculino que considera conseguir limpar bem os dentes sem dentífrico é maior que a do feminino ($p < 0,001$).

A semelhança das respostas dadas em 90,5% dos itens do HUDBI demonstra uma concordância positiva nos comportamentos e atitudes entre todos os estudantes (Tabela 4).

Tabela 4
Percentagens de respostas “Concordo” por género – 2008/2009

Descrição de itens	Género		Valor de p
	Feminino (279)	Masculino (70)	
1. Eu não me preocupo com idas ao dentista.	7,5% (21)	17,1% (12)	0,014*
2. As minhas gengivas sangram quando escovo os dentes.	26,9% (75)	24,3% (17)	0,659
3. Preocupo-me com a cor dos meus dentes.	96,4% (269)	95,7% (67)	0,503 ^b
4. Já reparei nalguns depósitos brancos e pegajosos nos meus dentes.	23,3% (65)	24,3% (17)	0,862
5. Costumo usar uma escova de dentes para crianças.	1,1% (3)	0,0% (0)	0,510 ^b
6. Eu penso que vou ter de usar dentadura quando for velho.	15,1% (42)	17,1% (12)	0,666
7. Eu importo-me com a cor da minha gengiva.	73,8% (206)	65,7% (46)	0,175
8. Mesmo escovando os dentes diariamente, tenho a impressão que eles estão a piorar.	20,4% (57)	27,4% (19)	0,224
9. Escovo cada um dos meus dentes cuidadosamente.	60,9% (170)	55,7% (39)	0,426
10. Nunca recebi orientação profissional de como escovar os dentes.	26,5% (74)	35,7% (25)	0,127
11. Eu acho que consigo limpar bem os dentes, mesmo sem usar dentífrico.	12,5% (35)	25,7% (18)	0,006**
12. Depois de escovar os dentes verifico no espelho se os lavei bem.	86,7% (242)	81,4% (57)	0,257
13. Preocupo-me com o mau hálito.	100% (279)	98,6% (69)	0,201 ^b
14. É impossível evitar problemas na gengiva só com escovagem.	60,6% (169)	68,6% (48)	0,217
15. Só vou ao dentista quando tenho dor de dentes.	44,4% (75)	31,4% (22)	0,448
16. Já usei um “corante” para ver se os meus dentes estavam limpos.	11,8% (33)	8,6% (6)	0,439
17. Uso uma escova com pêlos duros.	36,2% (101)	28,6% (20)	0,230
18. Só sinto que lavei bem os dentes se os escovar com movimentos rápidos e fortes.	26,5% (74)	22,9% (16)	0,531
19. Tenho sempre tempo para lavar os dentes.	79,9% (223)	70% (49)	0,073
20. O dentista já me elogiou a forma como lavo os dentes.	35,5% (99)	38,6% (27)	0,631
21. Eu utilizo fio dentário pelo menos uma vez por semana	15,4% (43)	12,9% (9)	0,591

Nota. Para analisar as diferenças de comportamentos e atitudes entre os géneros foi utilizado o teste estatístico de independência do Qui-quadrado de Pearson (χ^2) e o (b) teste Exacto de Fisher (significância: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$).

Considerando que, para o cálculo do valor total do HUDBI é atribuído 1 ponto por cada resposta “concordo” aos itens 4, 9, 11, 12,16 e 19; e 1 ponto a cada resposta “discordo” aos itens 2, 6, 8, 10, 14 e 15, determinou-se o HUDBI da população em estudo (Tabela 5).

Tabela 5
Valores de HUDBI por curso – 2008/2009

Cursos	HUDBI		
	Média (dp)	Mínimo	Máximo
Medicina Dentária	7,20 (±1,637)	3	10
Higiene Oral	7,23 (±1,612)	3	10
Prótese Dentária	6,57 (±1,371)	3	10
Psicologia	6,79 (±1,665)	3	11
Farmácia	6,90 (±1,627)	3	11
Total	6,92 (±1,610)	3	11

Foram os estudantes do curso de higiene oral que obtiveram a média de HUDBI mais elevada e os de prótese dentária a mais baixa. Todavia, verificou-se que os valores de HUDBI observados não diferem significativamente uns dos outros (Kruskal Wallis= 8,283, $p=0,82$), confirmando não existirem diferenças significativas nas atitudes e comportamentos entre os estudantes dos diversos cursos no início da sua formação académica.

Também se determinou que as diferenças entre os valores de HUDBI, relativamente aos géneros, não apresentaram significado estatístico (Mann Whitney-U=3268,5, $p = 0,173$), apesar da média dos indivíduos do género feminino ter sido ligeiramente superior à do masculino (6,95 e 6,79, respectivamente).

3.1.2. Ano lectivo 2010/2011 – 2º momento de avaliação

Conforme a Tabela 6, nas respostas dadas aos itens do inventário HUDBI verificou-se que todos os estudantes (131), que participaram nesta fase do estudo, se preocupam com o mau hálito e a grande maioria com a cor dos dentes (97,7%) e a cor da gengiva (90,1%).

Relativamente aos comportamentos de saúde oral mais comuns entre os estudantes, verificou-se que 80,9% (106) dos inquiridos arranjam sempre tempo para lavar os dentes, 70,1% (93) escovam-nos cuidadosamente e 90,1% (118) verificam se os dentes ficam bem lavados depois de os escovar.

Na análise das frequências de respostas registadas na Tabela 6, com o teste estatístico do Qui-quadrado de Pearson (χ^2) e o teste Exacto de Fisher, encontraram-se diferenças significativas entre os estudantes dos cursos em análise ao nível de onze itens do HUDBI.

Tabela 6
Percentagens de respostas “Concordo” por curso – 2010/2011

Descrição de itens	Cursos						χ^2 (Valor de p)
	Medicina dentária (21)	Higiene Oral (26)	Prótese Dentária (33)	Psicologia (31)	Farmácia (20)	Total (131)	
1. Eu não me preocupo com idas ao dentista.	9,5% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	29,0% (9)	20,0% (4)	11,5% (15)	0,001**
2. As minhas gengivas sangram quando escovo os dentes.	19,0% (4)	3,8% (1)	15,2% (5)	51,6% (16)	25,0% (5)	23,7% (31)	0,000***
3. Preocupo-me com a cor dos meus dentes.	100,0% (21)	96,2% (25)	96,9% (32)	96,8% (30)	100,0% (20)	97,7% (128)	0,838
4. Já reparei nalguns depósitos brancos e pegajosos nos meus dentes.	38,1% (8)	57,7% (15)	21,2% (7)	9,7% (3)	45% (9)	(32,1%) 42	0,001**
5. Costumo usar uma escova de dentes para crianças.	4,8% (1)	3,8% (1)	6,1% (2)	0% (0)	5,0% (1)	3,8% (5)	0,773
6. Eu penso que vou ter de usar dentadura quando for velho	0,0% (0)	3,8% (1)	18,2% (6)	16,1% (5)	10,0% (2)	10,7% (14)	0,156
7. Eu importo-me com a cor da minha gengiva.	100,0% (21)	100,0% (26)	90,1% (30)	74,2% (23)	90,0% (18)	90,1% (118)	0,008**
8. Mesmo escovando os dentes diariamente, tenho a impressão que eles estão a piorar.	19,0% (4)	0,0% (0)	9,1% (3)	35,5% (11)	15% (3)	16,0% (21)	0,005**
9. Escovo cada um dos meus dentes cuidadosamente.	85,7% (18)	96,2% (25)	72,7% (24)	38,7% (12)	70,0% (14)	70,1% (93)	0,000***
10. Nunca recebi orientação profissional de como escovar os dentes.	14,3% (3)	0,0% (0)	15,2% (5)	35,5% (11)	20,0% (4)	17,6% (23)	0,013*
11. Eu acho que consigo limpar bem os dentes, mesmo sem usar dentífrico.	19,0% (4)	7,7% (2)	9,1% (3)	22,6% (7)	10,0% (2)	13,7% (18)	0,386
12. Depois de escovar os dentes verifico no espelho se os lavei bem.	90,5% (19)	96,2% (25)	90,9% (30)	87,1% (27)	85% (17)	90,1% (118)	0,741
13. Preocupo-me com o mau hálito.	100% (21)	100% (26)	100% (33)	100% (31)	100% (20)	100% (131)	1,000
14. É impossível evitar problemas na gengiva só com escovagem.	47,6% (10)	61,5% (16)	60,6% (20)	48,4% (15)	65,0% (13)	56,5% (74)	0,690
15. Só vou ao dentista quando tenho dor de dentes.	9,5% (2)	61,5% (4)	24,2% (8)	32,3% (10)	30,0% (6)	22,9% (30)	0,281
16. Já usei um “corante” para ver se os meus dentes estavam limpos.	95,2% (20)	96,2% (25)	27,3% (9)	6,5% (2)	20,0% (4)	45,8% (60)	0,000***
17. Uso uma escova com pêlos duros.	0,0% (0)	0,0% (0)	18,2% (6)	54,8% (17)	40,0% (8)	23,7% (31)	0,000***
18. Só sinto que lavei bem os dentes se os escovar com movimentos rápidos e fortes.	4,8% (1)	3,8% (1)	6,1% (2)	32,3% (10)	20,0% (4)	13,7% (18)	0,005**
19. Tenho sempre tempo para lavar os dentes.	85,7% (18)	84,6% (22)	78,8% (26)	83,9% (26)	70,0% (14)	80,9% (106)	0,673
20. O dentista já me elogiou a forma como lavo os dentes.	52,4% (11)	61,5% (16)	45,5% (15)	32,3% (10)	35,5% (7)	15,3% (20)	0,190
21. Eu utilizo fio dentário pelo menos uma vez por semana	85,7% (18)	76,9% (20)	60,6% (20)	12,9% (4)	15,0% (3)	49,6% (65)	0,000***

O teste estatístico do Qui-quadrado foi efectuado para analisar as diferenças entre os cursos (significância: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ e *** $p < 0,001$)

Conforme se pode observar na figura 2 nenhum estudante do curso de higiene oral concorda com a afirmação do item 1, o que os diferencia significativamente dos estudantes do curso de psicologia (8,964, $p = 0,003$) e de farmácia (5,695, $p = 0,017$).

Esta diferença também teve significado estatístico entre os estudantes de prótese e de psicologia (11,148, $p=0,001$).

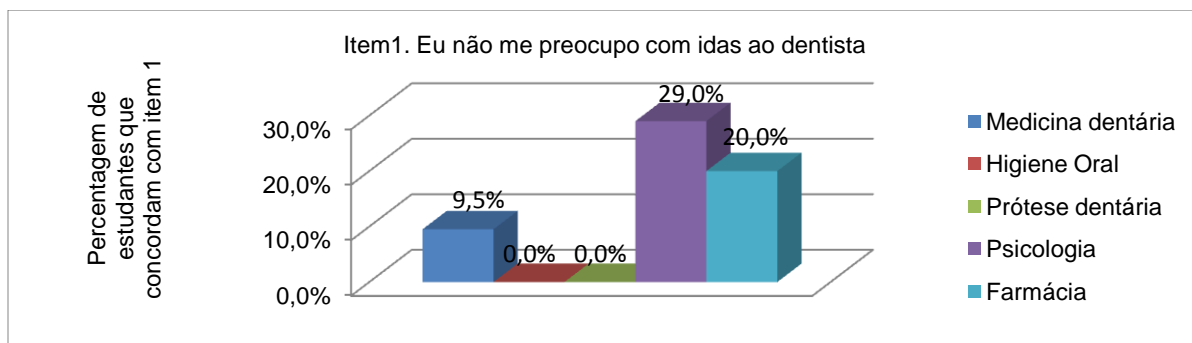


Figura 2. Diferenças entre os estudantes que concordam não se preocuparem com visitas ao dentista

A percentagem de estudantes de psicologia que sangram da gengiva quando escovam os dentes é significativamente maior que a de medicina dentária (5,609, $p=0,018$), prótese dentária (9,639, $p=0,002$) e higiene oral (9,639, $p=0,002$) (Figura 3).

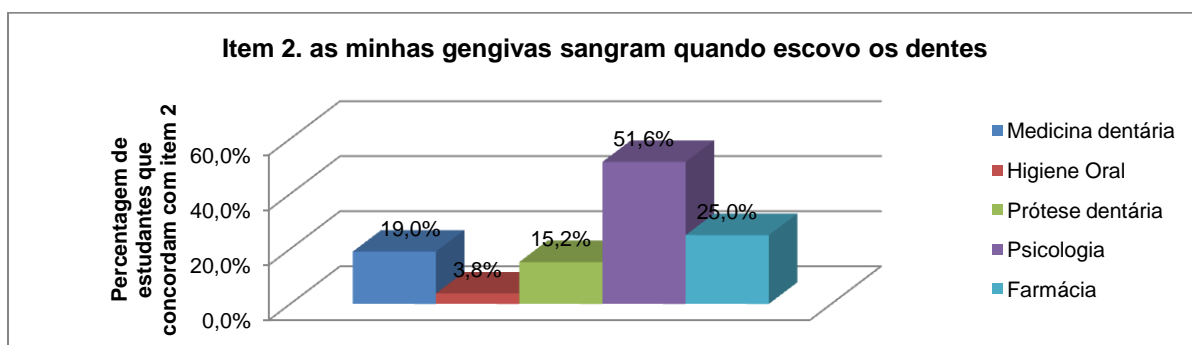


Figura 3. Diferenças entre os estudantes que concordam sangrar da gengiva quando escovam os dentes

A percentagem de estudantes do curso de higiene oral que concordam com o item 4 (Figura 4) é significativamente mais elevada que a dos estudantes de prótese dentária (8,276, $p=0,004$) e de psicologia (15,088, $p<0,001$). A percentagem estudantes de medicina dentária também é significativamente superior à de estudantes de psicologia (6,062, $p=0,014$). Os estudantes de psicologia foram os que menos concordaram com este item sendo a sua percentagem significativamente menor que a dos estudantes de farmácia (8,430, $p<0,001$).

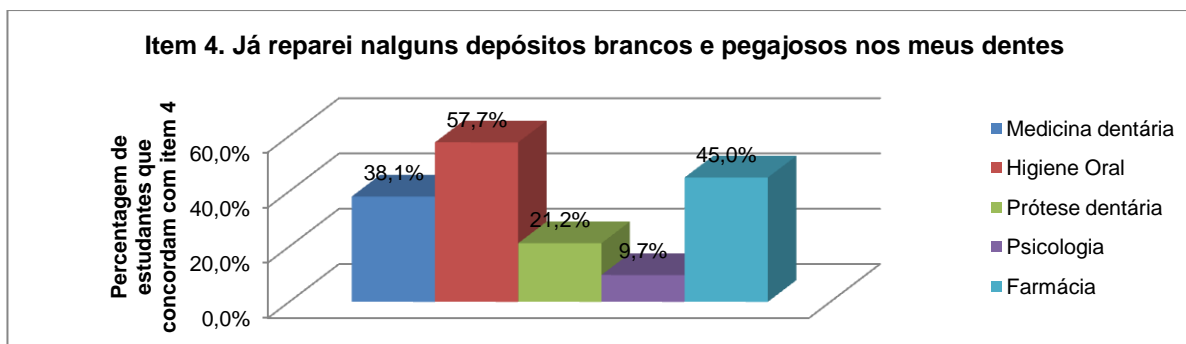


Figura 4. Diferenças entre os estudantes que já repararam ter depósitos brancos e pegajosos nos dentes

Conforme a Figura 5, embora a maioria dos estudantes se preocupe com a cor da gengiva, observou-se que a percentagem de estudantes do curso de psicologia que concordam com esta preocupação é estatisticamente menor que a dos estudantes de medicina dentária (6,405, $p=0,011$) e de higiene oral (7,805, $p=0,005$).

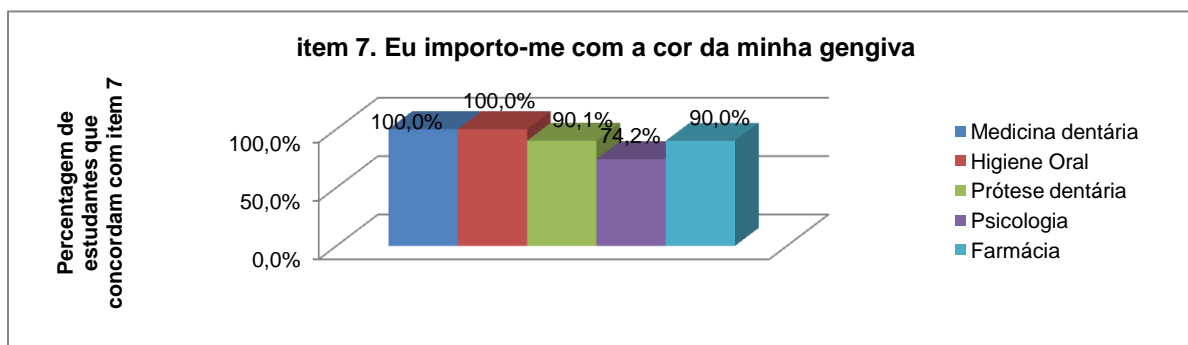


Figura 5. Diferenças entre os estudantes que concordam importar-se com a cor da gengiva

Apesar de escovarem os dentes diariamente, a percentagem de estudantes de psicologia que acredita que os dentes estão a piorar é significativamente maior que a dos estudantes de higiene oral (11,432, $p=0,001$) e prótese dentária (6,515, $p=0,011$). Também, a percentagem de estudantes de medicina dentária que concorda com esta afirmação é significativamente maior comparativamente com a dos estudantes de higiene oral (5,413, $p=0,034$) (Figura 6).

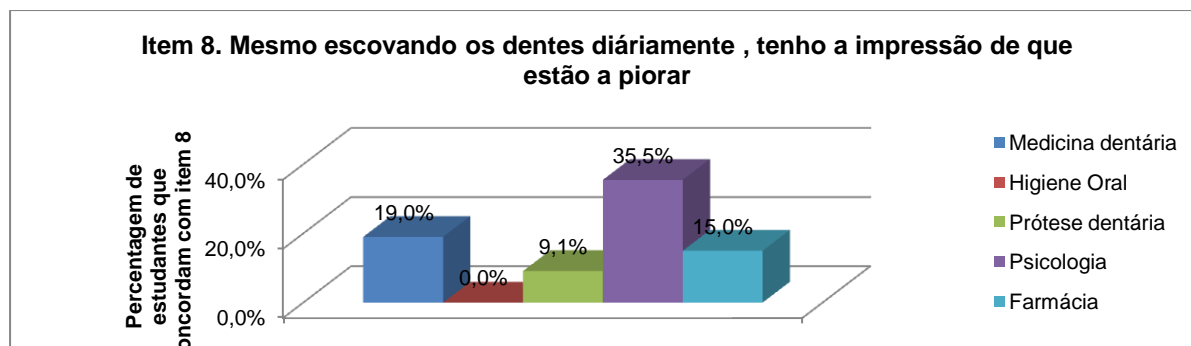


Figura 6. Diferenças entre os estudantes que acreditam que apesar de escovarem os dentes diariamente, estes estão a piorar.

Conforme a Figura 7, a percentagem de estudantes de psicologia que concordam escovar cada um dos seus dentes cuidadosamente é significativamente menor que a dos estudantes de todos os outros cursos. Nomeadamente, estudantes de higiene oral (20,487, $p<0,001$), de medicina dentária (11,332, $p=0,001$), de prótese dentária (7,516, $p=0,006$) e de farmácia (4,763, $p=0,029$). As diferenças entre os estudantes de higiene oral e os de prótese dentária (5,670, $p=0,032$) e farmácia (5993, $p=0,03$) também são estatisticamente significativas, sendo significativamente maior a percentagem dos estudantes de higiene oral que concordam escovar cada um dos seus dentes cuidadosamente (item 9)

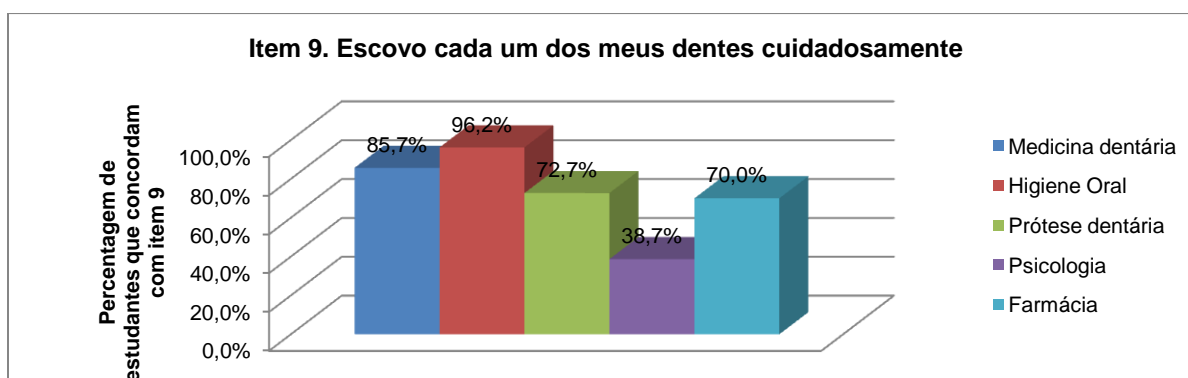


Figura 7. Diferenças entre os estudantes que concordam escovar cada um dos seus dentes cuidadosamente

Todos os estudantes de higiene oral discordam com a afirmação do item 10. Ou seja, todos admitem ter recebido orientação profissional para executarem a escovagem

dos seus dentes. Este grupo de estudantes diferencia-se assim, significativamente dos estudantes dos cursos de psicologia (11,432, $p=0,001$) e de farmácia (5,695, $p=0,030$) (Figura 8).

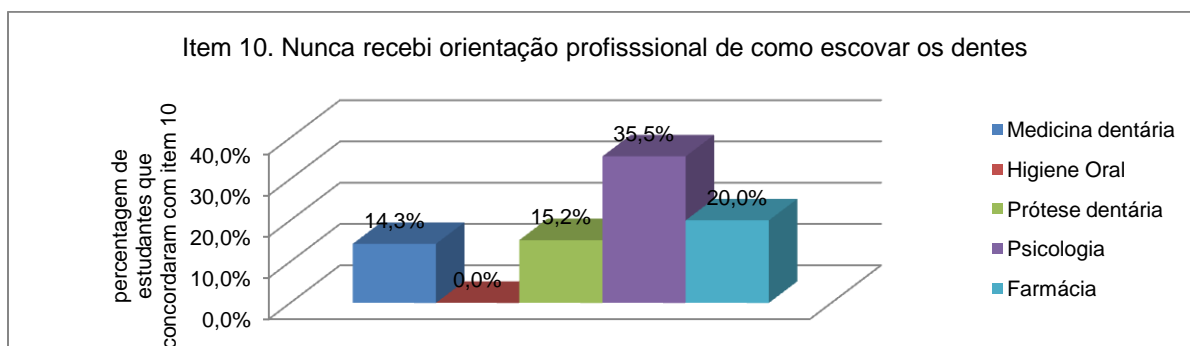


Figura 8. Diferenças entre os estudantes que concordam nunca ter recebido orientação profissional de como escovar os dentes

A maioria dos estudantes de higiene oral e de medicina dentária concordam já ter utilizado corante para verificar se os seus dentes estavam limpos (Figura 9), não existindo desigualdade entre estes dois cursos. Porém, as diferenças entre estes estudantes e todos os outros foram estatisticamente significativas. A percentagem de estudantes de medicina dentária que usaram corante é significativamente maior que a dos estudantes de prótese (23,843, $p<0,001$), de farmácia (23,892, $p<0,001$) e de psicologia (40,433, $p<0,001$). Os estudantes do curso de higiene oral também se distinguiram dos de prótese (28,257, $p<0,001$), psicologia (45,639, $p<0,001$) e farmácia (28,138, $p<0,001$). E, a percentagem de estudantes de prótese dentária que concordou com este item também foi significativamente maior que a dos estudantes de psicologia (4,868, $p=0,027$).

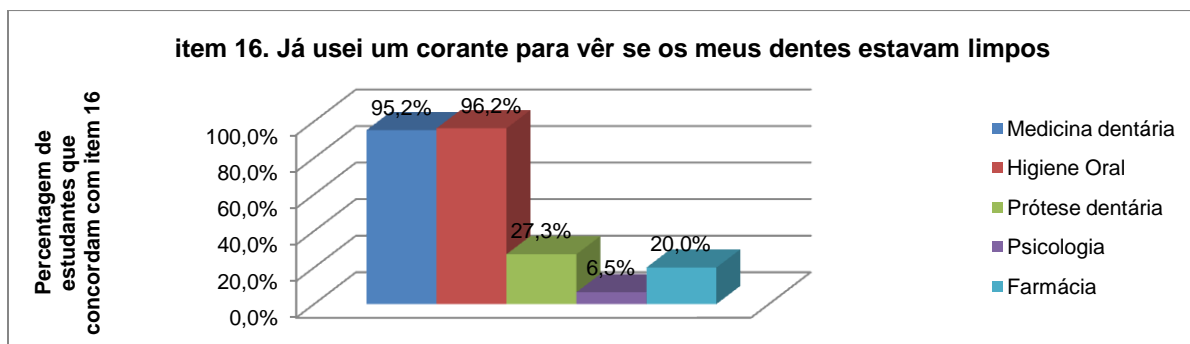


Figura 9. Diferenças entre os estudantes que concordam já ter usado corante para verificar se dentes estavam limpos.

A Figura 10 ilustra as diferenças entre os estudantes que utilizam escovas de dentes com pêlos duros entre os diversos cursos. Observa-se que a frequência de estudantes de psicologia que concordam com este procedimento é significativamente maior que a dos estudantes de medicina dentária (17,100, $p<0,001$), higiene oral (20,318, $p<0,001$) e prótese dentária (9,329, $p=0,002$).

A proporção de estudantes de farmácia que usam este tipo de escova é significativamente maior que a proporção de estudantes de medicina dentária (10,436, $p=0,001$) e de higiene oral (12,589, $p<0,001$). E a percentagem de estudantes de prótese maior que a dos de higiene oral (5,262, $p=0,022$).

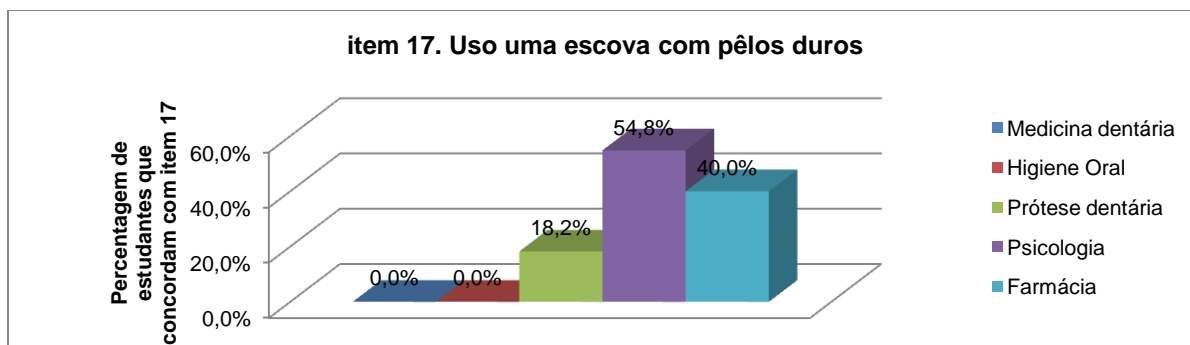


Figura 10. Diferenças entre os estudantes que usam escovas de dentes com pêlos duros

A proporção de estudantes de psicologia que sentem que só lavam bem os dentes se o fizerem com movimentos rápidos e fortes, é significativamente maior que as dos estudantes dos cursos de medicina dentária (5,675, $p=0,034$), higiene oral (7,329, $p=0,007$) e prótese dentária (7,201, $p=0,007$) (Figura 11).

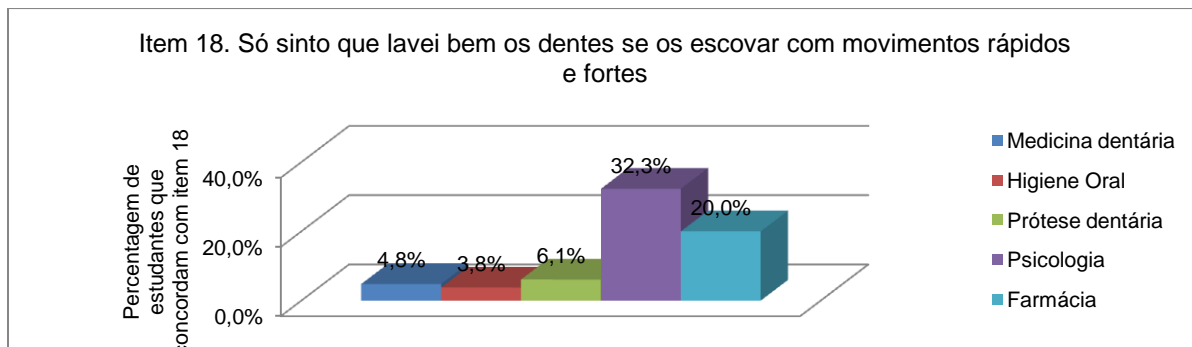


Figura 11. Diferenças entre os estudantes que sentem que só lavam bem os dentes se o fizerem com movimentos rápidos e fortes.

A percentagem de estudantes de medicina dentária que utilizam o fio dentário pelo menos uma vez por semana é significativamente maior que a dos estudantes de prótese (3,880, $p=0,049$), psicologia (21,192, $p<0,001$) e farmácia (20,502, $p<0,001$). Os de higiene oral também se diferenciam dos de psicologia (23,775, $p<0,001$) e farmácia (17,338, $p<0,001$) no mesmo sentido. Tal como a proporção dos estudantes de prótese é significativamente maior que a os de farmácia e de psicologia (10,544, $p=0,001$ e 15,519, $p<0,001$ respectivamente)(Figura 12).

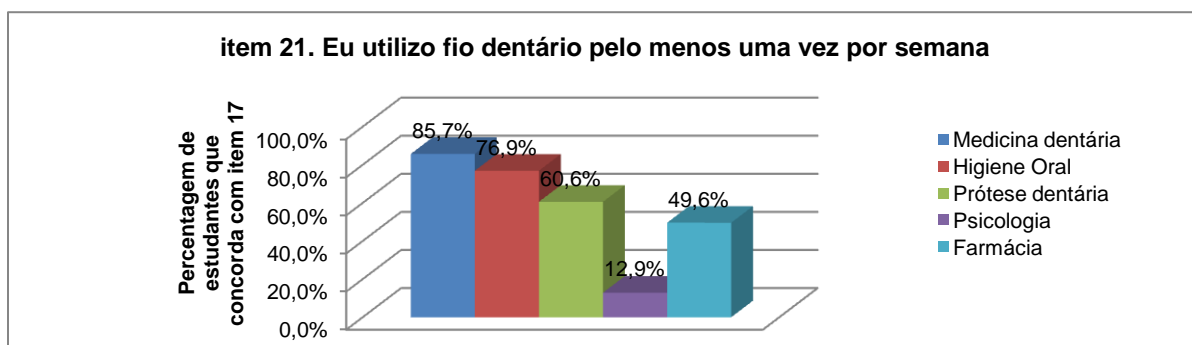


Figura 12. Diferenças entre os estudantes que concordam usar o fio dentário pelo menos uma vez por semana.

Quando calculados os valores totais obtidos no HUDBI, através da soma dos pontos atribuídos às respostas consideradas adequadas do inventário, verificou-se que a pontuação total variou entre 3 e 12 pontos sendo a média do total de estudantes igual a 7,84 com um desvio padrão $\pm 1,868$. Conforme Tabela a 7, observa-se que são os estudantes de higiene que obtiveram a melhor média de HUDBI e os estudantes de psicologia a mais baixa.

Tabela 7
Valores de HUDBI por curso - 2010/2011

Cursos	HUDBI		
	Média (dp)	Mínimo	Máximo
Medicina Dentária	9,05 (±1,244)	7	12
Higiene Oral	9,54 (±0,948)	8	11
Prótese Dentária	7,55 (±1,301)	5	10
Psicologia	6,16 (±1,655)	3	9
Farmácia	7,35 (±1,927)	5	12
Total	7,84 (±1,868)	3	12

De seguida, com o teste estatístico de Kruskal Wallis, verificou-se a existência de diferenças significativas entre os grupos de estudantes (62,481, $p < 0,001$).

Confirmou-se a não existência de diferenças, com significado estatístico, entre os estudantes dos cursos de medicina dentária e higiene oral e entre os estudantes de prótese dentária e farmácia. Conforme apresentado na Tabela 8, as diferenças entre todos os outros cursos têm níveis de significância estatística entre $p < 0,001$ e $p < 0,05$.

Tabela 8
Diferenças de médias de HUDBI entre os cursos 2010/2011

CURSOS										
	MD/HO	MD/PD	MD/PS	MD/F	HO/PD	HO/PS	HO/F	PD/PS	PD/F	PS/F
Mann-Whitney U	195,500	141,500	44,500	84,500	100,000	23,000	80,000	268,500	289,500	203,500
Valor de p	0,084	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,001	0,299	0,035

Ou seja, a média de HUDBI obtida pelos estudantes de psicologia é significativamente inferior às médias obtidas pelos estudantes de todos os outros cursos. E, as médias alcançadas pelos estudantes de medicina dentária e higiene oral são significativamente superiores às médias dos estudantes dos cursos de prótese dentária, farmácia e psicologia.

Relativamente aos géneros, embora os estudantes do género masculino tenham atingido uma média de HUDBI (média=8,12, mn=3, mx=12, dp=± 2,108) superior à do

feminino (média=7,75, mn=3, mx=11, dp= $\pm 1,823$), a diferença não teve significado estatístico (1176,5, $p=0,343$).

3.2. Condições de saúde oral

3.2.1. Exames Clínicos 2008/2009

Do total de estudantes que preencheram o inventário HUDBI em 2008/2009, 64,5% (225) aderiram à participação no exame clínico para avaliação do estado de saúde oral.

Foram calculadas os índices CPOD e IPC e ainda preenchido um questionário relativo a rotinas em higiene oral.

3.2.1.1. História de cárie

Dos estudantes observados, 59 (26,2%) não apresentaram história de cárie dentária (CPO=0) (Tabela 9). Verificou-se que a existência ou não de história de cárie variou significativamente entre os estudantes dos diferentes cursos ($p=0,045$).

Posteriormente, utilizando o teste de Mann-Whitney como teste *post hoc*, verificou-se que a proporção de estudantes do curso de prótese dentária que teve ou tem cáries dentárias (CPO ≥ 1) é significativamente mais elevada que a de estudantes de higiene oral ($p=0,042$), de farmácia ($p=0,024$), de psicologia $p=0,008$) e de medicina dentária ($p=0,002$).

Os estudantes apresentaram um índice médio de cárie dentária com um nível de gravidade moderada, CPO =3,43 (máx=15, min=0, dp=3,20).

Conforme a Tabela 9, os valores de CPO variaram entre os cursos sendo que o valor mais baixo foi o dos estudantes de medicina dentária e o mais alto dos estudantes do curso de prótese dentária.

A distribuição dos valores obtidos nos índices CPO entre os cursos foi significativamente diferente ($p=0,031$).

Seguidamente, verificou-se que os estudantes do curso de prótese apresentaram um índice CPO de gravidade elevada (CPO=4,5), significativamente superior ao dos

estudantes de medicina dentária (CPO=2,73) ($p=0,007$) e de psicologia (CPO=2,89) ($p=0,008$).

Tabela 9

Diferenças no índice CPO e suas componentes entre os cursos – 2008/2009

	D. CARIADOS Média ±Dp	D. PERDIDOS Média ±Dp	D. OBTURADOS Média ±Dp	CPO Média ±Dp	C=0	CPO=0
Total	0,64 ±3,200	0,12 ±0,468	2,68 ±2,927	3,43 ±3,200	160 71,1%	59 26,2%
Medicina Dentária	0,36 ±0,917	0,09 ±0,473	2,27 ±2,518	2,73 ±2,944	36 81,8%	16 36,4%
Higiene Oral	0,93 ± 1,653	0,12 ±0,448	2,88 ±3,002	3,93 ±3,247	28 65,1%	11 25,6%
Prótese dentária	0,91 ±1,217	0,02 ±0,151	3,57 ±3,330	4,5 ±3,372	25 56,8%	4 9,1%
Psicologia	0,62 ±1,367	0,16 ±0,536	2,11 ±2,793	2,89 ±3,207	38 69,1%	17 30,9%
Farmácia	0,33 ±0,982	0,18 ±0,601	2,72 ±2,847	3,23 ±2,960	33 84,6%	11 28,2%
Nível de significância	*0,020 ^a	0,439 ^a	0,131 ^a	*0,031 ^a	*0,025 ^o	*0,045 ^o

^aTeste Kruskal-Wallis ; ^oTeste de Qui-quadrado

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,00$

Similarmente, foram encontradas diferenças significativas entre os cursos, ao nível da componente “C” (dentes cariados) do índice CPO ($p=0,020$). Observou-se que os estudantes de prótese dentária têm significativamente mais dentes cariados que os de medicina dentária ($p=0,011$).

Também se verificaram diferenças, entre os estudantes dos cinco cursos, quando analisados os indivíduos com a componente C=0 ($p=0,025$).

Os estudantes de farmácia revelaram ter significativamente menos cáries que os estudantes de higiene oral ($p=0,043$) e de prótese dentária ($p=0,006$). Também existem significativamente mais estudantes de medicina dentária com a componente C=0, que estudantes de prótese dentária ($p=0,011$).

Quando confrontados os resultados relativos aos géneros, constatou-se que a percentagem de indivíduos do género masculino sem história de cáries (29,3%) é ligeiramente superior à do feminino (25,6%), não se reconhecendo diferença a nível estatístico ($p=0,624$).

Ainda, conforme apresentado na Tabela 10, apesar da diferença dos valores médios de CPO entre os gêneros não ser significativa ($p=0,605$), apurou-se um CPO de 3,49 (máx=15,min=0,dp=3,239) para o gênero feminino, ligeiramente superior ao masculino de 3,17 (máx=11;min=0; dp=3,041).

Tabela 10

Diferenças das componentes CPO entre os gêneros – 2008/2009

Gênero	D. Cariados Média ±Dp	D. Perdidos Média ±Dp	D. Obturados Média ±Dp	CPO IC (95%)
Feminino	0,66 (±1,300)	0,13 (±0,495)	2,27 (±2,906)	3,49 (3,30-3,96)
Masculino	0,51 (±1,186)	2,61 (±3,057)	2,61 (±3,057)	3,17 (2,21-4,13)
Teste Mann-Whitney U	3405,5	3559,5	3620,0	3579,5
Valor de p	0,223	0,206	0,680	0,605

3.2.1.2. Saúde periodontal

Considerando o valor máximo atingido nos sextantes relativamente ao IPC, observou-se que 13,3% (n=30) da população apresenta um periodonto saudável, 9,3% (n=21) tem hemorragia à sondagem e a maioria 77,3% (n=174) apresenta cálculo em pelo menos um dos sextantes avaliados (Tabela 11).

Tabela 11

Índice Periodontal Comunitário por curso – 2008/2009

Curso	Maior valor de IPC			Total
	Periodonto saudável	Hemorragia após sondagem	Cálculo (bolsa <3mm)	
	IPC=0	IPC=1	IPC=2	
Medicina Dentária	8 (18,2%)	2 (4,5%)	34 (77,3%)	44 (100%)
Higiene Oral	4 (9,3%)	4 (9,3%)	35 (81,4%)	43 (100%)
Prótese Dentária	4 (9,1%)	5 (11,4%)	35 (79,5%)	44 (100%)
Psicologia	10 (18,2%)	2 (3,6%)	43 (78,2%)	55 (100%)
Ciências Farmacêuticas	4 (10,3%)	8 (20,5%)	27 (69,2%)	39 (100%)
Total	30 (13,3%)	21 (9,3%)	174 (77,3%)	225 (100%)

Diferença entre cursos: teste de Kruskal Wallis ($\chi^2=1,585$, $p=0,811$)

Verificou-se a não existência de diferenças significativas entre os estudantes dos cinco cursos em análise, ($\chi^2=1,585$, $p=0,811$).

Quando verificado o nº de sextantes saudáveis observou-se que 48,4% (n=109) dos estudantes não tinham nenhum sextante saudável e 13,3% (n=30) tinham todos os sextantes saudáveis, não havendo diferenças significativas entre os estudantes dos vários cursos ($p=0,063$).

Quanto aos géneros, apesar da percentagem de indivíduos do género masculino com um periodonto saudável ser superior à do feminino, e de serem os do género feminino a apresentarem maiores percentagens relativamente à hemorragia gengival após sondagem e mais cálculo sub ou supra-gengival, as diferenças entre os géneros não apresentaram significado estatístico ($p=0,695$) (Tabela 12).

Tabela 12

Índice Periodontal Comunitário por género – 2008/2009

		Maior valor de IPC			Total
		Periodonto saudável IPC=0	Hemorragia após sondagem IPC=1	Cálculo sub/supra gengival (bolsa <3mm) IPC=2	
Género	Feminino	23 (12,5%)	18 (9,8%)	143 (77,7%)	184 (100%)
	Masculino	7 (17,1%)	3 (7,3%)	31 (75,6%)	41 (100%)
Total		30	21	174	225

Diferença entre géneros: Teste Mann-Whitney U=3664,0; $p=0,695$

3.2.2.Exames Clínicos 2010/2011

3.2.2.1.História de cárie

Dos 131 estudantes observados em 2011, 81,7% (n=107) tinham história de cárie (CPO \geq 1). Na Tabela 13 pode-se averiguar que a distribuição de estudantes com e sem história de cárie é muito semelhante entre os cinco cursos, não se tendo encontrado diferenças com significado estatístico ($\chi^2=5,201$, $p=0,267$) entre eles.

Tabela 13
História de cárie por curso 2010/2011

	Curso					Total
	Medicina Dentária	Higiene oral	Prótese dentária	Psicologia	Farmácia	
Com História de cáries CPO \geq 1	18 (85,7%)	22 (84,6%)	30 (90,9%)	23 (74,2%)	14 (70%)	107 (81,7%)
Sem História de Cáries CPO=0	3 (14,3%)	4 (15,4%)	3 (9,1%)	8 (25,8%)	6 (30%)	24 (18,3%)
Total	21 (100%)	26 (100%)	33 (100%)	31 (100%)	20 (100%)	131 (100%)

Da totalidade de estudantes com história de cárie (CPO>0), 25,2% (27) tinham cáries por tratar (C>0). Na Tabela 14 observa-se que é no curso de prótese dentária que existem mais estudantes com a componente C>0, todavia as diferenças entre os cursos são relativas e não têm significado estatístico ($\chi^2=7,323$, $p=0,267$).

Tabela 14
Componente C> 0 por curso 2010/2011

		Estudantes com história de cárie (CPO>0)		Total %(n)
		C>0 %(n)	C=0 %(n)	
Curso	Medicina Dentária	14,3%(3)	85,7%(18)	100%(21)
	Higiene Oral	23,1%(6)	76,9%(20)	100%(26)
	Prótese Dentária	45,5%(15)	54,5%(18)	100%(33)
	Psicologia	25,8%(8)	74,2%(23)	100%(31)
	Ciência Farmacêuticas	25%(5)	75%(15)	100%(20)
	Total	28,2%(37)	71,8%(94)	100%(131)

Os 131 estudantes obtiveram um índice de cárie dentária com um nível de gravidade moderada, CPO= 4,12 (máx=16, min=0, dp= \pm 3,239).

Foram os estudantes de prótese dentária que apresentaram o valor de CPO mais elevado (4,94) e os de medicina dentária o mais baixo (CPO=3,24).

Também na Tabela 15 se verifica que são os estudantes do curso de prótese que apresentam a maior média de dentes por tratar (C> 0).

As diferenças encontradas entre os cursos relativamente aos valores médios do índice CPO e das suas componentes não apresentaram significado estatístico (Tabela 15).

Tabela 15

Diferenças no índice CPO e suas componentes entre os cursos 2010/2011

	D.CARIADOS Média ±Dp	D.PERDIDOS Média ±Dp	D.OBTURADOS Média ±Dp	CPO Média ±Dp
Medicina Dentária	0,19 ±0,512	0,00 ±0,000	3,05 ±2,312	3,24 ±2,322
Higiene Oral	0,42 ± 0,857	0,42 ±0,945	3,81 ±3,047	4,85 ±3,331
Prótese dentária	0,70 ±0,951	0,09 ±0,151	4,15 ±3,792	4,94 ±3,622
.Psicologia	0,55 ±1,028	0,45 ±1,338	2,52 ±2,488	3,61 ±3,095
Farmácia	0,40 ±0,940	0,25 ±0,786	2,90 ±2,989	3,55 ±3,284
Nível de significância <i>p</i>	0,164	0,124	0,325	0,221
Teste Kruskal-Wallis	6,520	7,234	4,651	5,722

Na análise das médias de CPO e suas componentes, entre os gêneros, verificou-se que os estudantes do gênero masculino têm um índice superior ao do feminino (CPO=4,32 e CPO=4,08 respectivamente). A média de dentes perdidos por cárie é superior no gênero feminino e a de dentes obturados é superior no masculino. No entanto, conforme exposto na Tabela 16, nenhum dos parâmetros revelou ter diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 16

Diferenças no CPO e suas componentes entre os gêneros 2010/2011

Gênero	D. Cariados Média ±Dp	D. Perdidos Média ±Dp	D. Obturados Média ±Dp	CPO Média ±Dp
Feminino	0,48 (±0,897)	0,29 (±0,925)	3,23 (±2,990)	4,08 (±3,248)
Masculino	0,48 (±0,918)	0,08 (±0,400)	3,76 (±3,320)	4,32 (±3,262)
T. Mann-Whitney U	1313,0	1181,0	1211,0	1262,0
Valor de <i>p</i>	0,930	0,148	0,500	0,710

3.2.2.2. Saúde periodontal

Após o exame oral, foi atribuído e registado o valor apropriado de IPC a cada sextante. Para avaliação global de cada estudante e para todos os cálculos realizados com este índice oral, foi sempre considerado, e atribuído ao estudante, o valor mais alto atingido nos seis sextantes analisados.

Assim, verificou-se que 22,1% da população apresentou um periodonto saudável (IPC=0), 11,5% tinham hemorragia pós sondagem pelo menos num sextante, e 66,4% dos 131 estudantes observados tinham pelo menos um sextante com uma profundidade sulco gengival inferior a 3 mm e com presença de cálculo (Tabela 17).

Porém, com o teste estatístico de Kruskal Wallis verificou-se que distribuição de valores não foi homogênea, pois revelaram-se diferenças significativas, relativas ao IPC, entre os estudantes dos cinco cursos (10,586, $p=0,032$).

Tabela 17
Índice periodontal comunitário dos estudantes - 2010/2011

	Periodonto saudável IPC=0	Hemorragia após sondagem IPC=1	Cálculo (bolsa<3mm) IPC=2	
Medicina Dentária	7 (33,3%)	2 (9,5%)	12 (57,1%)	21
Higiene Oral	10 (38,5%)	4 (15,4%)	12 (46,2%)	26
Prótese Dentária	4 (12,1%)	6 (18,2%)	23 (69,7%)	33
Psicologia	7 (22,6%)	1 (3,2%)	23 (74,2%)	31
Ciência Farmacêuticas	1 (5,0%)	2 (10,0%)	17 (85%)	20
Total	29 (22,1%)	15 (11,5%)	87 (66,4%)	131

Diferença entre cursos: Teste de Kruskal Wallis (10,586, $p=0,032$).

Depois, verificou-se que estudantes de psicologia demonstraram ter significativamente mais problemas periodontais que os do curso de medicina dentária ($p=0,035$) e os de higiene oral ($p=0,005$). E, a percentagem de estudantes de higiene oral que apresentam um periodonto saudável é significativamente maior que a dos estudantes de prótese dentária com a mesma condição periodontal ($p=0,033$).

Não se encontraram diferenças entre os géneros, com significado estatístico, relativamente aos valores de IPC obtidos ($p=0,560$).

3.3. Rotinas em higiene oral e percepção de saúde oral

3.3.1. Questionários 2008/2009

3.3.1.1. Rotinas em higiene oral

Conforme apresentado na Tabela 18, a maioria dos estudantes 64,4% (145) referiu que vai ao dentista regularmente para controlo da saúde oral. Porém, 32% (72) admitem só ir em fases agudas, enquanto 9 (4,0%) dizem nunca ter procurado o dentista.

Simultaneamente, para controlo e manutenção da sua saúde oral, 65,3% (147) escovam os dentes 2 vezes por dia, 28,9% (65) 3 vezes por dia e 5,8% (13) apenas uma vez por dia.

O fio dentário é utilizado diariamente por 16,4% (37) dos estudantes inquiridos, 7,1% (16) referem utilizá-lo uma vez por semana e, a maioria (76,4%, $n=172$) confirma a não utilização do fio dentário.

Com o teste estatístico de Kruskal Wallis não foram encontradas diferenças significativas de rotinas em higiene oral entre os estudantes dos cinco cursos em estudo (Tabela 18).

Tabela 18

Diferenças entre as rotinas de higiene oral dos estudantes – 2008/2009.

		Cursos					Valor de χ^2 Valor-p	
		Medicina dentária (44)	Higiene Oral (43)	Prótese dentária (44)	Psicologia (55)	Farmácia (39)		Total (225)
Fio dentário	Não usa	38 (86,4%)	28 (65,1%)	33 (75,0%)	42 (76,4%)	32 (82,1%)	172 (76,4%)	11,785 $p=0,161$
	1X /semana	0 (0%)	7 (16,3%)	2 (4,5%)	5 (9,1%)	2 (5,1%)	16 (7,1%)	
	1X /dia	6 (13,6%)	8 (18,6%)	9 (20,5%)	8 (14,5%)	5 (12,8%)	37 (16,4%)	
Escovagem	1X /dia dia	4 (9,1%)	1 (2,3%)	3 (6,8%)	2 (3,6%)	3 (7,7%)	13 (5,8%)	12,439 $p=0,133$
	2X/dia	23 (52,3%)	25 (58,1%)	34 (77,3%)	41 (74,5%)	24 (61,5%)	147 (65,3%)	
	3X/dia	17 (38,6%)	17 (39,5%)	7 (15,9%)	12 (21,8%)	12 (30,8%)	65 (28,9%)	
Consultas	Não procura	1 (2,3%)	3 (7,0%)	0 (0,0%)	4 (7,3%)	1 (2,6%)	9 (4%)	212,757 $p=0,384$
	Fase aguda	14 (31,8%)	10 (23,3%)	16 (36,4%)	22 (40%)	10 (25,6%)	72 (32%)	
	Controlo	29 (65,9%)	30 (69,8%)	28 (63,6%)	29 (52,7%)	28 (71,8%)	145 (64,4%)	

Observou-se ainda que a proporção de indivíduos do género feminino que utilizam o fio dentário diariamente é significativamente maior que a do género masculino ($\chi^2=6,928$, $p=0,031$).

Encontrou-se uma correlação positiva, muito fraca, entre a frequência de escovagem e de uso do fio dentário ($p=0,196$, $p=0,003$).

Relativamente à periodicidade das consultas, 62,5% (141) dos estudantes considera que as consultas de rotina devem ser semestrais e para 21,3% (48) anuais, 27 (12,0%) referem que depende da patologia e 9 (4%) não sabem quando devem fazer esses controlos.

Quanto à utilização de aparelhos de ortodontia, verificou-se que 36% (81) dos estudantes usam ou usaram aparelho fixo.

3.3.1.2. Percepção de estado de saúde oral

A maioria dos 225 estudantes inquiridos considerou a sua saúde oral “boa” (52,0%); Vinte e oito (12,4%) têm a percepção de que é “muito boa”; 43 (19,1%) julgam-na razoável, 11 (4,9%) acham que estão em “más condições” e 11,6% (26) “não sabem”.

As diferenças de percepção de saúde oral entre os géneros não apresentaram significado estatístico (teste de Mann-Whitney U = 3488,0; $p=0,348$).

Todavia, o teste de Kruskal Wallis demonstrou que a diferença na percepção de estado de saúde oral entre os estudantes dos cinco cursos em estudo foi significativa ($\chi^2=30,538$; $p<0,001$). Conforme se pode observar na Figura 13, a percepção variou muito entre os estudantes:

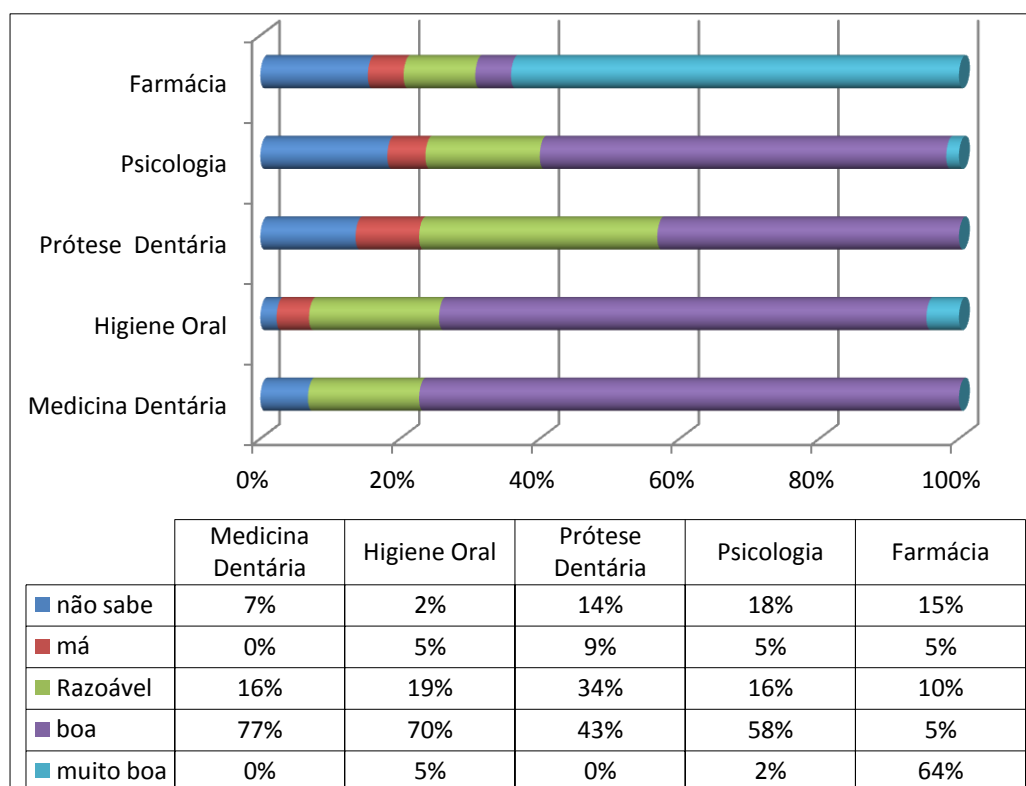


Figura 13. Como os estudantes de cada curso caracterizam a sua saúde oral.

A maioria dos estudantes do curso de farmácia considerou ter uma saúde oral muito boa, distinguindo-se significativamente dos estudantes de todos os outros cursos ($p < 0,01$). As diferenças entre os estudantes do curso de psicologia relativamente a todos os outros não apresentaram significado estatístico ($p > 0,05$); a percentagem de estudantes de prótese dentária que consideraram a sua saúde oral má é significativamente mais alta que a dos estudantes de medicina dentária ($p < 0,01$) (Tabela 19).

Tabela 19

Diferenças de percepção de saúde oral entre os estudantes dos diferentes cursos 2008/2009

	CURSOS									
	MD/HO	MD/PD	MD/PS	MD/F	HO/PD	HO/PS	HO/F	PD/PS	PD/F	PS/F
Percepção de saúde Oral	934,5 $p=0,899$	631,5 $p=0,001^{**}$	990,5 $p=0,064$	521,0 $p=0,001^{**}$	610,0 $p=0,001^{**}$	948,0 $p=0,051$	540,0 $p=0,004^{**}$	1060,5 $p=0,252$	443,0 $p=0,000^{***}$	583,5 $p=0,000^{***}$

Teste estatístico Mann-Whitney U (significância: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$).

3.3.2. Questionários 2010/2011

3.3.2.1. Rotinas em higiene oral

Em 2011, foi novamente preenchido um questionário descritivo de rotinas em higiene oral. Comparativamente ao de 2008 foram acrescentadas perguntas sobre tratamentos realizados nos últimos três anos e uma pergunta aberta sobre hábitos que os estudantes consideraram ter alterado ao longo deste período.

Analisando a Tabela 20 verifica-se que, dos 131 estudantes inquiridos, 75,6% referem ir ao dentista ou ao higienista em consultas de controlo e 23,7% recorrem a estes profissionais só em fases agudas – as diferenças de comportamento entre os estudantes dos diversos cursos não apresentaram significado estatístico ($p=0,489$). Tal como as diferenças entre os estudantes relativas à frequência da escovagem de dentes, onde a maioria dos estudantes (63,4%) refere escovar os dentes duas vezes por dia e 22,1% três vezes por dia ($p=0,169$).

Porém, quando calculados os dados referentes à utilização do fio dentário, constatou-se a existência de divergências estatisticamente significativas entre os estudantes ($p < 0,001$).

Tabela 20
Rotinas em higiene oral – 2010/2011

Rotinas em Higiene oral		Cursos						Valor de χ^2 Valor- p
		Medicina dentária (21)	Higiene Oral (26)	Prótese dentária (33)	Psicologia (31)	Farmácia (20)	Total (131)	
Fio dentário	Não usa	3 (14,3%)	7 (26,9%)	8 (24,2%)	27 (87,1%)	16 (80%)	61 (46,6%)	41,331 $p=0,000$
	1X /semana	11 (52,4%)	10 (38,5%)	18 (54,5%)	2 (6,5%)	4 (20,0%)	45 (19,1%)	
	1X /dia	7 (33,3%)	9 (34,6%)	7 (21,2%)	2 (6,5%)	0 (0,0%)	22 (19,1%)	
	Escovagem	1X /dia dia	2 (9,5%)	0 (0,0%)	2 (6,0%)	4 (13,0%)	1 (5,0%)	
2X/dia	14 (66,7%)	17 (65,4%)	25 (75,8%)	23 (74,2%)	4 (20,0%)	83 (63,4%)		
3X/dia	5 (23,8%)	9 (34,6%)	6 (18,2%)	4 (13,0%)	5 (25,0%)	29 (22,1%)		
Consultas	Não procurou	1 (4,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3,429 $p=0,489$
	Fase aguda	3 (14,3%)	5 (19,2%)	6 (18,2%)	10 (32,3%)	7 (35,0%)	31 (23,7%)	
	Controlo	17 (80,6%)	21 (80,8%)	27 (81,8%)	21 (67,7%)	13 (65,9%)	99 (75,6%)	

Depois foi realizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney U para analisar as diferenças entre os estudantes dos diferentes cursos. Apurou-se a inexistência de diferenças com significado estatístico entre os estudantes dos três cursos leccionados na Faculdade de Medicina Dentária.

Identicamente, conforme a Figura 14 ilustra, as diferenças entre os estudantes dos cursos de farmácia e psicologia também não demonstram significado estatístico. Mas estes dois cursos diferenciam-se dos demais pela não utilização de fio dentário.

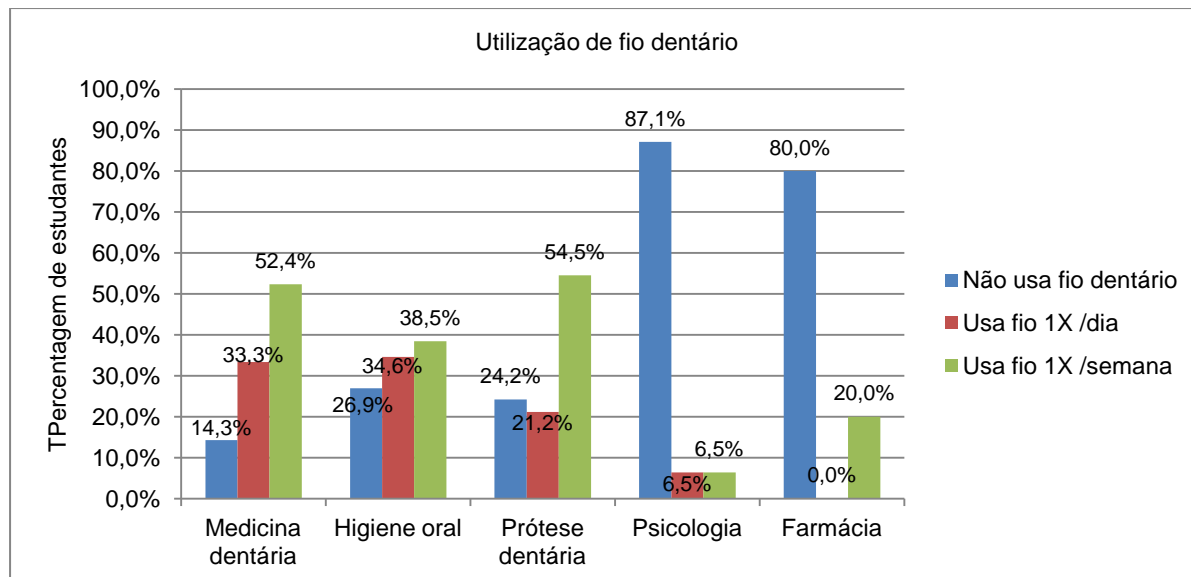


Figura 14. Diferenças entre o uso de fio dentário pelos diversos estudantes

Ou seja, a percentagem de estudantes de psicologia que não usam fio dentário é significativamente maior que a dos estudantes de medicina dentária (84,500, $p < 0,001$), higiene oral (159,5, $p < 0,001$) e prótese dentária (179,000, $p < 0,001$).

O mesmo se passa relativamente aos estudantes de farmácia quando confrontados com os de medicina dentária (86,000, $p < 0,001$), higiene oral (140,000, $p = 0,004$) e prótese dentária (160,000, $p = 0,001$).

Estes comportamentos em higiene oral são praticados com a mesma frequência pelos estudantes do género feminino e masculino. Os dados investigados revelam semelhanças estatísticas nas frequências de utilização do fio (1324,0, $p = 0,995$), de escovagem (1311,0, $p = 0,918$) e de consultas a profissionais de saúde oral (1315,0, $p = 0,937$).

A existência de uma correlação de Spearman positiva muito fraca ($\rho = 0,158$, $p = 0,072$), entre a frequência do uso do fio e a da escovagem, revela que os estudantes que escovam mais vezes ao dia também têm tendência para utilizar o fio mais frequentemente.

Dos 131 estudantes inquiridos, 50,4% consideram ter mudado práticas de higiene oral nestes últimos três anos.

Havendo diferenças significativas entre os estudantes dos cinco cursos envolvidos ($\chi^2=60,249$, $p<0,001$) (Tabela 21), constatou-se ser significativamente maior a proporção de estudantes dos cursos leccionados na FMDUL que consideram ter mudado as suas práticas em higiene oral.

Tabela 21
Alterações nas práticas de higiene oral em 3 anos

		Mudou hábitos últimos 3 anos?		Total
		Não	Sim	
Curso	Medicina Dentária	2 (9,5%)	19 (90,5%)	21
	Higiene Oral	2 (7,7%)	24 (92,3%)	26
	Prótese Dentária	17 (51,5%)	16 (48,5%)	33
	Psicologia	25 (80,6%)	6 (19,4%)	31
	Ciência Farmacêuticas	19 (95%)	1 (5%)	20
Total		65 (49,6%)	66 (50,4%)	131

Teste de independência do Qui-quadrado=60,249, $p=0,000$

Conforme a Tabela 22, as diferenças na modificação de práticas encontradas entre os estudantes de farmácia e de psicologia não apresentaram significado estatístico ($p=0,223$). Tal como as existentes entre os estudantes do curso de higiene oral e de medicina dentária, que se podem assinalar como estatisticamente iguais ($p=1$). Todas as outras são significativamente diferentes. Os estudantes de medicina dentária e higiene oral diferem significativamente dos de psicologia, farmácia e prótese dentária e os de prótese dentária dos de psicologia e farmácia.

Tabela 22
Diferenças entre os estudantes que consideram ter mudado as suas práticas em higiene oral nos últimos 3 anos

	CURSOS									
	MD/HO	MD/PD	MD/PS	MD/F	HO/PD	HO/PS	HO/F	PD/PS	PD/F	PS/F
Mudança de práticas de h.o.	0,050 $p=1$	9,923** $p=0,002$	25,368*** $p=0,000$	29,955*** $p=0,000$	12,792*** $p=0,000$	30,186*** $p=0,000$	34,730*** $p=0,000$	6,013* $p=0,014$	10,808** $p=0,001$	2,115(b) $p=0,223$

Para analisar as diferenças entre os estudantes foi utilizado o teste estatístico de independência do Qui-quadrado de Pearson (χ^2) e o teste Exacto de Fisher (b) (significância: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$).

Para se identificarem as práticas que os estudantes consideram ter mudado ao longo do tempo, analisou-se o conteúdo das respostas dadas à pergunta aberta do questionário feito imediatamente antes da observação oral: “Mudou alguns hábitos de higiene oral nos últimos 3 anos? Quais?”.

Verificou-se que 47% os estudantes de medicina dentária referiram ter começado a usar o fio dentário e 21,1% a usá-lo mais frequentemente; 42,1 % disseram ter começado a usar um método ou técnica de escovagem, 10,5% moderaram a força com que executavam a escovagem e 5,3% mencionam ter optado por uma escova de dentes com cabeça pequena e pêlos macios. A concentração de flúor passou a ter importância na selecção dos dentífricos para 5,3% dos estudantes de medicina dentária.

A maioria dos estudantes de higiene oral, que considera ter mudado de hábitos, refere a adopção de um método ou técnica na escovagem dos dentes (79,2%), 12,5% aumentaram a frequência diária da escovagem, 8,4% dizem ter mudado para uma escova de cabeça mais pequena e de pêlos macios e 4,2% mencionam ter aumentado o tempo de duração de cada escovagem. A escolha de um dentífrico com flúor começou a ser preocupação para 12,5% destes estudantes e a utilização de um bochecho de flúor diário começou a ser importante para 25%. O aumento da frequência de visitas ao dentista também foi considerado como mudança de hábitos para 4,2% dos estudantes de higiene oral.

A prática referida mais vezes como alterada pelos estudantes de prótese dentária foi o início da utilização do fio dentário (62,5%). A adopção de um método de escovagem modificou os hábitos de 37,5% e 12,5% dizem ter aumentado a frequência da escovagem. O bochecho com elixires passou a ser rotina na higiene oral de 25% dos estudantes. A maior regularidade nas visitas ao dentista também foi considerada, por 12,5% dos estudantes, como uma mudança nos seus hábitos.

Dos estudantes de psicologia que referem ter alterado algumas das suas práticas, 83,3% focam-se no início da utilização de “bochechos para as gengivas e placa bacteriana” e 33,3% referem ter começado a usar fio dentário.

3.3.2.2. Percepção de saúde oral

Quando questionados acerca da percepção do estado da sua saúde oral, a maioria dos 131 estudantes inquiridos considerou a sua saúde oral “boa” (81,7%); catorze (10,8%) têm a percepção de que é “muito boa”; 2 (1,5%) acham que estão em “más condições”, 6,1% (8) “não sabem” e nenhum considerou a sua saúde oral como razoável.

As diferenças de percepção de saúde oral entre os géneros não apresentaram significado estatístico (teste de Mann-Whitney $U = 1284,0$; $p = 0,721$).

Porém, o teste de Kruskal Wallis evidenciou que a diferença na percepção de estado de saúde oral entre os estudantes dos cinco cursos em estudo foi significativa ($\chi^2 = 23,181$; $p < 0,001$), conforme se pode observar na Figura 15.

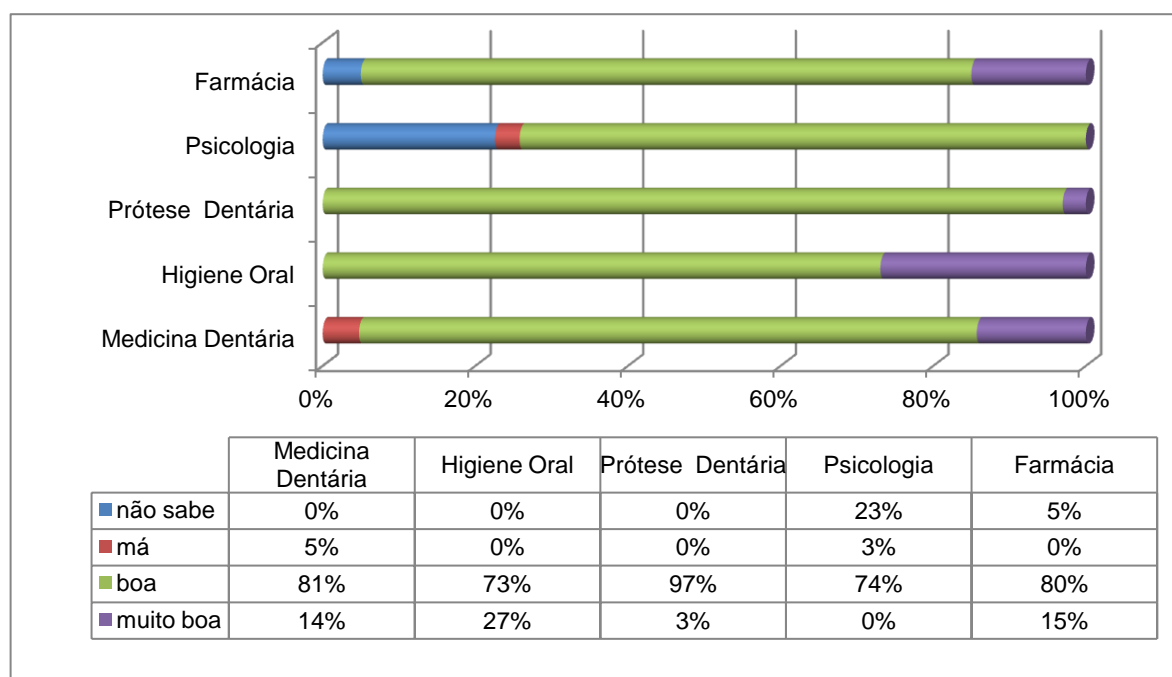


Figura 15. Como os estudantes caracterizam a sua saúde oral em 2010/2011

Vinte e três por cento dos estudantes do curso de psicologia não sabem como caracterizar a sua saúde oral e nenhum estudante deste curso avalia a sua condição oral como muito boa. Estes dados distinguem significativamente os estudantes de psicologia dos estudantes de todos os outros cursos (Tabela 23). Também, é significativamente maior a percentagem de estudantes de higiene oral que considera ter

uma saúde oral muito boa comparativamente com a percentagem de estudantes de prótese dentária (326,500, $p=0,008$).

Tabela 23

Diferenças de percepção de saúde oral entre os estudantes dos diferentes cursos 2010/2011

	CURSOS									
	MD/HO	MD/PD	MD/PS	MD/F	HO/PD	HO/PS	HO/F	PD/PS	PD/F	PS/F
Percepção de saúde Oral	229,0 $p=0,201$	323,5 $p=0,417$	219,0 $p=0,007^{**}$	209,5 $p=0,985$	326,5 $p=0,008^{**}$	218,5 $p=0,000^{***}$	219,5 $p=0,226$	368,0 $p=0,001^{**}$	306,5 $p=0,395$	211,5 $p=0,010^{*}$

Teste estatístico Mann-Whitney U (significância: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$).

Para se reconhecerem os raciocínios e os parâmetros que levam os estudantes a caracterizarem a sua saúde oral, foi-lhes perguntado os fundamentos que os levaram à sua auto-avaliação.

Após análise das respostas, à pergunta aberta em questão, verificou-se que os estudantes que responderam “não saber” o seu estado de saúde oral, não responderam ao tema. E, os que a consideraram a sua saúde oral como “má”, justificaram-se dizendo que são fumadores e têm os dentes muito sujos porque não os sabem escovar.

Os estudantes que se qualificaram como tendo uma saúde oral “boa” ou “muito boa” apresentaram motivações diversas para assim se auto-avaliarem (Tabela 24).

Verificou-se que os fundamentos que levaram os estudantes a caracterizar a sua saúde oral relacionaram-se essencialmente (39,1%) com o estado de saúde que pensam ter, 32,4% com os comportamentos que têm relativos à sua saúde, 6,6% com sentimentos de conforto, 6,6% com aspectos estéticos e 4,1% explicam a sua opção pela opinião de terceiros (dentista).

Tabela 24

Os fundamentos das percepções de saúde oral dos estudantes

A minha saúde oral é boa ou muito boa porque:	Medicina dentária (20)	Higiene oral (26)	Prótese dentária (33)	Psicologia (23)	Farmácia (19)	TOTAL (121)
ESTADO DE SAÚDE ORAL						
Não tenho cáries	5,0%(6)	5,8%(7)			1,7%(2)	12,4%(15)
Tenho o periodonto saudável	3,3%(4)	1,7%(2)				5,0%(6)
Não tenho restaurações		0,8%(1)				0,8%(1)
Não tenho tártaro		5,0%(6)				5,0%(6)
Não sangro da gengiva		0,8%(1)			0,8%(1)	1,7%(2)
Porque tenho os dentes tratados					0,8%(1)	10,8%(1)
Dentes e gengivas são	1,7%(2)					1,7%(2)
Tenho dentição completa					1,7%(2)	1,7%(2)
COMPORTAMENTOS						
Uso o fio dentário			1,7%(2)			1,7%(2)
Escovo bem os dentes	3,3%(4)	3,3%(4)	6,6%(8)		1,7%(2)	14,9%(18)
Lavo os dentes todos os dias				3,3%(4)		3,3%(4)
Vou mais frequentemente ao dentista		0,8%(1)	2,5%(3)	1,7%(2)		5,0%(6)
Tenho uma boa higiene oral					2,5%(3)	2,5%(3)
Nunca tratei um dente			0,8%(1)		2,5%(3)	3,3%(4)
Faço bochechos			1,7%(2)			1,7%(2)
ESTÉTICA						
Não tenho mau hálito		0,8%(1)				0,8%(1)
Gosto dos meus dentes esteticamente	3,3%(4)					3,3%(4)
Tenho uma coloração dos dentes normal					0,8%(1)	0,8%(1)
Tenho os dentes limpos	1,7%(2)					1,7%(2)
CONFORTO						
Nunca tive razões de queixa		0,8%(1)				0,8%(1)
Não sinto problemas				5,8%(7)		5,8%(7)
OPINIÃO PROFISSIONAL						
Porque o dentista diz	1,7%(2)		0,8%(1)	1,7%(2)		4,1%(5)

3.3.2.3. Tratamentos dentários realizados nos últimos três anos

Verificou-se que 61,1% da totalidade dos estudantes refere ter realizado tratamentos dentários nos últimos três anos. Destes, 27,5% dizem ter recorrido ao dentista por razões estéticas, 51,3% por presença de cárie dentária, 17,5% para extracção de sisos e 3,8% por razões ortodônticas (Tabela 25).

Tabela 25

Razões para a realização de tratamentos dentários nos últimos 3 anos

		Razões de realização de tratamento dentário					Total
		Não tratou	Estética	Presença de cáries	Ortodontia	Extracção de sisos	
Curso	Medicina Dentária	9,5% (2)	3,3% (7)	38,1% (8)	4,8% (1)	14,3% (3)	100% (21)
	Higiene Oral	34,6% (9)	15,4% (4)	34,6% (9)	7,7% (2)	7,7% (2)	100% (26)
	Prótese Dentária	30,3% (10)	9,1% (3)	48,5% (16)	0,0% (0)	12,1% (4)	100% (33)
	Psicologia	58,1% (18)	12,9% (4)	19,4% (6)	0,0% (0)	9,7% (3)	100% (31)
	Ciência Farmacêuticas	60% (12)	20% (4)	10% (2)	0,0% (0)	10% (2)	100% (20)
Total		38,9% (51)	27,5% (22)	31,3% (41)	2,3% (3)	10,7% (14)	100% (131)

As diferenças na procura do dentista, para a realização de tratamentos, entre os estudantes dos diversos cursos ($\chi^2=17,383$, $p=0,002$), revelaram ser estatisticamente significativas. Verificando-se, que os estudantes de medicina dentária e prótese dentária fizeram significativamente mais tratamentos na sua boca que os estudantes de psicologia e farmácia (Tabela 26).

Tabela 26

Diferenças entre os estudantes que realizaram tratamentos dentários nos últimos 3 anos

	CURSOS									
	MD/HO	MD/PD	MD/PS	MD/F	HO/PD	HO/PS	HO/F	PD/PS	PD/F	PS/F
Realização de tratamentos dentários	4,080(b) $p=0,081$	3,206(b) $p=0,098$	12,463*** $p=0,000$	11,607** $p=0,001$	0,124 $p=0,725$	3,119 $p=0,077$	2,936 $p=0,087$	5,006* $p=0,025$	4,523* $p=0,033$	0,019 $p=0,891$

Para analisar as diferenças entre os estudantes foi utilizado o teste estatístico de independência do Qui-quadrado de Pearson (χ^2) e o teste Exacto de Fisher (b) (significância: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$).

O tipo de tratamento procurado também revelou ser diferente entre os estudantes curso de medicina dentária e os de psicologia ($\chi^2=13,479$, $p=0,009$) e farmácia ($\chi^2=12,744$, $p=0,013$), ou seja, a procura de tratamento por presença de cárie dentária e por razões estéticas foi significativamente maior nos estudantes de medicina dentária que nos estudantes dos outros dois cursos. O mesmo se passou entre os estudantes de prótese e os de farmácia ($\chi^2=9,248$, $p=0,026$) relativamente à procura do dentista para tratamento de cáries, sendo significativamente maior a procura por parte dos estudantes de prótese dentária.

Conforme se pode verificar pela Tabela 27, dos oitenta estudantes que revelaram ter feito tratamentos dentários nos últimos três anos, 36,3% utilizaram as consultas de medicina dentária da FMDUL. A procura foi diferente entre os estudantes dos diversos cursos ($\chi^2= 24,022$, $p <0,001$), visto que nenhum dos estudantes de psicologia e farmácia utilizou estes serviços.

Tabela 27

Utilização de consultas de medicina dentária na FMDUL

		Utilização de serviços da FMDUL		
		Não	Sim	Total
Curso	Medicina Dentária	61,9% (13)	38,1% (8)	100% (21)
	Higiene Oral	61,5% (16)	38,5% (10)	100% (26)
	Prótese Dentária	66,7% (22)	33,3% (11)	100% (33)
	Psicologia	100% (31)	0,0% (0)	100% (31)
	Ciência Farmacêuticas	100% (20)	0,0% (0)	100% (20)
Total		77,9% (102)	22,1% (29)	100% (131)

Entre os estudantes que procuraram os serviços da faculdade para a realização de tratamentos dentários estão: 42,1% dos estudantes de medicina dentária que realizaram tratamentos, 58,8% dos de higiene oral e 47,8% dos de prótese dentária.

As razões referidas pelos estudantes para não recorrerem aos serviços facultados pela FMDUL foram diferentes entre os estudantes dos vários cursos.

Os estudantes de prótese que não procuraram estes serviços referiram: horários académicos incompatíveis com as consultas; consultas de alunos muito demoradas; listas de espera muito grandes e preferência pelos seus dentistas fora da Faculdade.

Os estudantes de medicina dentária que referiram não ter optado pela consulta na FMDUL fizeram-no por terem mais confiança nos seus dentistas; pelas listas de espera serem grandes e por não sentirem necessidade de usarem estes serviços.

A maioria dos estudantes dos cursos de psicologia e de farmácia desconheciam a existência de um serviço público na FMDUL, alguns referiram ainda ter medo de experimentar outros dentistas que não os seus.

Os estudantes de higiene oral não se pronunciaram relativamente a esta questão.

Conforme se verifica na Tabela 28, 59,5% (n=78) dos estudantes foram a pelo menos uma consulta de higiene oral durante os últimos três anos. Todavia, a frequência destas consultas foi diferente entre os estudantes dos cinco cursos ($\chi^2=32,686$, $p<0,001$).

Tabela 28
Realização de consultas de higiene oral nos últimos 3 anos

		Foi a alguma consulta de H.O. nos últimos 3 anos?		Total
		Não	Sim	
Curso	Medicina Dentária	28,6% (6)	71,4% (15)	100% (21)
	Higiene Oral	0,0% (0)	100% (26)	100% (26)
	Prótese Dentária	42,4 (14)	57,6% (19)	100% (33)
	Psicologia	71,0% (22)	29,0% (9)	100% (31)
	Ciência Farmacêuticas	55,0% (11)	45,0% (9)	100% (20)
Total		40,5% (53)	59,5% (78)	100% (131)

A totalidade de estudantes do curso de higiene oral realizou esta consulta, diferenciando-os significativamente dos estudantes de todos os outros cursos. Ainda, a

percentagem de estudantes de psicologia que frequentaram esta consulta, foi significativamente menor que a percentagem dos estudantes de medicina dentária ($\chi^2=9,055$, $p=0,003$) e de prótese dentária ($\chi^2=5,292$, $p=0,021$) (Tabela 29).

Tabela 29

Diferenças entre os estudantes que realizaram consultas de higiene oral nos últimos 3 anos

	CURSOS									
	MD/HO	MD/PD	MD/PS	MD/F	HO/PD	HO/PS	HO/F	PD/PS	PD/F	PS/F
Realização de consulta de H.O.	8,516(b)** $p=0,005$	1,056 $p=0,391$	9,055** $p=0,003$	2,948 $p=0,086$	14,462*** $p=0,000$	30,050*** $p=0,000$	18,794(b)*** $p=0,000$	5,292* $p=0,021$	0,790 $p=0,374$	1,357 $p=0,244$
Tipo de tratamento	8,734 $p=0,068$	1,132 $p=0,889$	11,947* $p=0,018$	5,735 $p=0,220$	14,532** $p=0,006$	32,209*** $p=0,000$	20,974*** $p=0,000$	7,973 $p=0,093$	3,640 $p=0,457$	1,357 $p=0,507$
Utilização de serviços da FMDUL	17,780*** $p=0,000$	2,544 $p=0,280$	20,595*** $p=0,000$	11,139*** $p=0,000$	25,689*** $p=0,000$	57,000*** $p=0,000$	42,081*** $p=0,000$	13,874*** $p=0,000$	6,617(b)* $p=0,019$	1,581(b) $p=0,392$

Para analisar as diferenças entre os estudantes foi utilizado o teste estatístico de independência do Qui-quadrado de Pearson (χ^2) e o teste Exacto de Fisher (b) (significância: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$).

A Figura 16 ilustra a forma como o tipo de tratamento realizado nas consultas de higiene oral variou entre os estudantes dos diferentes cursos ($\chi^2= 37,870$, $p=0,002$).

Foram significativamente mais os estudantes de higiene oral que procuraram esta consulta para a realização de destartarizações que os estudantes de prótese ($\chi^2=14,532$, $p=0,006$), psicologia ($\chi^2=32,209$, $p<0,001$) e farmácia ($\chi^2=20,974$, $p<0,001$). Igualmente, foram significativamente mais os estudantes de medicina dentária que foram a consultas para realizarem destartarizações, que os estudantes de psicologia ($\chi^2=11,947$, $p=0,018$) (tabela 39).

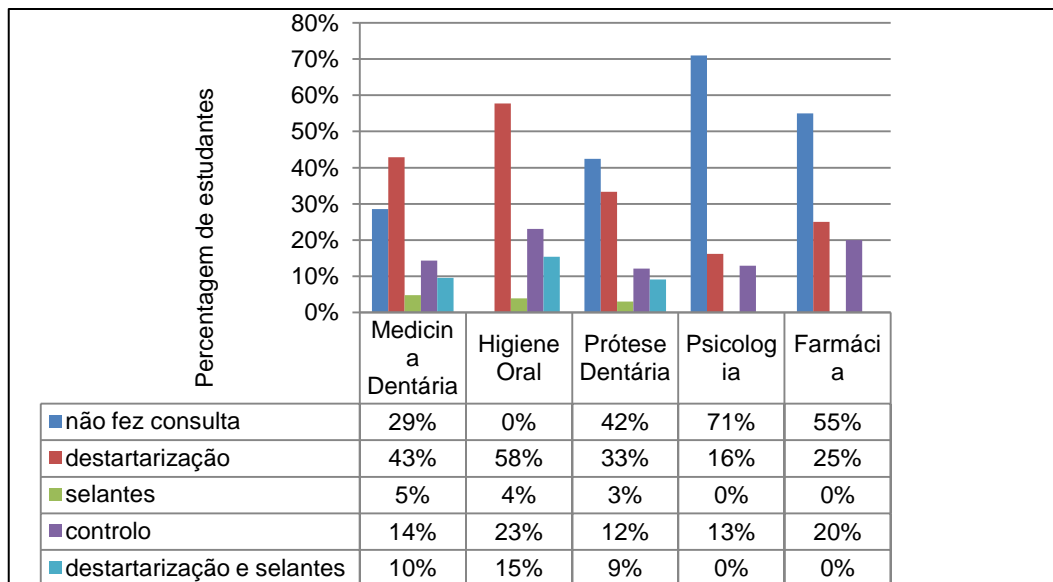


Figura 16. Tratamentos realizados nas consultas de higiene oral

A procura dos serviços da FMDUL para a realização desta consulta foi estatisticamente diferente entre os estudantes dos cinco cursos ($\chi^2=77,921$, $p<0,001$). Visto ter sido significativamente maior a percentagem de estudantes de medicina dentária, higiene oral e prótese que usufruíram deste serviço (Tabela 30).

Tabela 30

Procura de serviços da FMDUL para realização de consulta de higiene oral

		Foi a consulta de H.O. na FMDUL?		Total
		Não %(n)	Sim %(n)	
Curso	Medicina Dentária	52,4%(11)	47,6%(10)	100%(21)
	Higiene Oral	0,0%(0)	100%(26)	100%(26)
	Prótese Dentária	63,6%(21)	36,4%(12)	100%(33)
	Psicologia	100%(31)	0,0%(0)	100%(31)
	Ciência Farmacêuticas	95%(19)	5%(1)	100%(20)
Total		62,6%(82)	37,4%(49)	100%(131)

3.4. Análise das relações e interdependências entre as variáveis do estudo

3.4.1. Ano lectivo 2008/2009

No resultado da análise factorial, utilizando o método da componente principal, identificou-se uma componente com uma relação estreita entre variáveis (Tabela 31).

Tabela 31
Matriz de componentes^a

Variáveis	Componentes
	1
HUDBI	,710
Frequência de consultas a profissionais	,603
Como caracteriza a sua Saúde Oral	,554
Frequência do uso de fio dentário	,479
Frequência de escovagem	,476

Extraction Method: Principal Component Analysis.

^a. 1 component extrated.

A componente identificada indica uma tendência de relacionamento nas respostas dadas pelos estudantes às variáveis de estudo e agrupam essas variáveis de acordo com as relações entre elas. Seguidamente foi realizada análise por regressão linear entre as variáveis da componente, na procura de significância estatística entre as que se agruparam.

Conforme a Tabela 32, relativamente às variáveis que se agruparam na componente, verificou-se a existência de associações positivas significativas entre os valores de HUDBI obtidos pelos estudantes; a frequência de escovagem; a frequência de visitas a profissionais de saúde oral e à percepção de estado de saúde oral dos estudantes. Também foram identificadas relações positivas, estatisticamente significativas, entre a frequência de visitas aos profissionais de saúde a percepção de saúde oral, a frequência da escovagem e o uso do fio dentário. A relação encontrada entre o uso do fio dentário e a frequência da escovagem, embora fraca, também foi positiva e com significância estatística. Verificou-se, através de análise por regressão múltipla, que a variância dos valores de HUDBI é significativamente explicada em 20,4% ($p < 0,001$) ($R^2 = 0,204$) pelas variáveis identificadas na componente analisada.

Tabela 32
Análise de relações entre variáveis da componente

	HUDBI	Frequência consultas	Percepção de saúde oral	Frequência uso do fio	Frequência escovagem
HUDBI					
Frequência consultas	0,332** $p=0,002$				
Percepção de saúde oral	0,301* $p<0,001$	0,152*** $p=0,023$			
Frequência uso do fio	0,101 $p=0,065$	0,141*** $p=0,017$	0,166** $p=0,006$		
Frequência escovagem	0,192** $p=0,002$	0,136*** $p=0,021$	0,048 $p=0,239$	0,198** $p=0,001$	

Correlação de Pearson. Significância estatística; *** $p<0,05$; ** $p<0,01$; * $p<0,001$

3.4.1.1. Relação entre comportamentos, atitudes e condições de saúde oral

Com base nos resultados anteriormente descritos, observou-se que as diferenças entre os géneros relativamente aos comportamentos e atitudes, inventariados no HUDBI; à história de cárie dentária registada no índice CPO, e às condições periodontais recolhidas através do índice IPC, não tiveram significância estatística.

As diferenças encontradas entre os cursos também não foram estatisticamente significativas quando se confrontaram os comportamentos e atitudes (HUDBI) e as condições periodontais (IPC). Todavia, as diferenças na história de cárie, representada pelo índice CPO, foram estatisticamente significativas entre os cursos. Os estudantes do curso de prótese dentária apresentaram um índice CPO significativamente mais elevado que os estudantes de medicina dentária, higiene oral e psicologia, sendo que a componente “C”(dentes cariados) do índice CPO registou valores significativamente mais elevados nos estudantes de prótese comparativamente com todos os outros e significativamente mais baixos nos estudantes do curso de farmácia comparativamente com os estudantes de medicina dentária e higiene oral.

Por estas razões optou-se por investigar, as relações entre comportamentos e atitudes e estado de saúde oral da amostra total de alunos. E, pesquisar as diferenças entre cursos somente na análise das relações que envolveram o índice CPO.

Comportamentos, atitudes e história de cáries (HUDBI versus CPO)

Para estudar a relação existente entre os valores de CPO e de HUDBI atingidos pelos estudantes, realizou-se o teste de correlação, não paramétrico, de Spearman. Verificou-se a existência de uma relação negativa muito fraca ($\rho=-0,017$, $p=0,799$). Ou seja, existe uma ténue orientação para a história cáries (CPO). seja menor quando os comportamentos e atitudes (HUDBI) são melhores.

Na tentativa de se apreender se haveria alguma associação da condição de doença (história presente ou passada de cárie) com os valores de HUDBI, correlacionaram-se as componentes do índice CPO, isoladamente, com os valores de HUDBI. Constatou-se a existência de relações negativas muito fracas entre os valores de HUDBI e a componente “C” (dentes cariados) ($\rho=-0,195$, $p=0,003$) e “P” (dentes perdidos) ($\rho=-0,049$, $p=0,468$). Continuamente, apurou-se a existência de uma associação positiva fraca entre os resultados de HUDBI e os resultados da componente “O” (dentes obturados) ($\rho=0,068$, $p=0,307$).

Conforme a Tabela 33, quando analisadas as correlações dos dados relativos a cada curso, verificou-se que nos estudantes de medicina dentária a correlação mais forte e com significância estatística foi entre o HUDBI e o CPO. Sendo esta negativa, indica que quanto melhores são os comportamentos e as atitudes, menor é a história de cáries destes estudantes.

Tabela 33
Relação entre HUDBI, CPO e componentes “C”, “P” e “O” - 2008/2009

Curso	N	HUDBI/CPO	HUDBI/C	HUDBI/P	HUDBI/O
		ρ Valor p	ρ Valor p	ρ Valor p	ρ Valor p
Medicina dentária	44	-0,337* $p=0,025$	-0,222 $p=0,147$	-0,048 $p=0,759$	-0,293 $p=0,054$
Higiene Oral	43	0,035 $p=0,824$	-0,165 $p=0,2904$	0,059 $p=0,707$	0,052 $p=0,739$
Prótese dentária	44	-0,107 $p=0,490$	-0,300* $p=0,048$	-0,197 $p=0,199$	-0,024 $p=0,876$
Psicologia	55	-0,016 $p=0,908$	-0,246 $p=0,071$	0,024 $p=0,448$	0,156 $p=0,254$
Farmácia	39	0,317* $p=0,049$	0,074 $p=0,655$	-0,054 $p=0,746$	0,405* $p=0,010$

Correlação de Spearman; Nível de significância * $p<0,05$

Entre os estudantes de prótese dentária a correlação mais forte e de significância estatística observou-se entre o HUDBI e a componente “C”. Sendo uma correlação negativa, indica que quanto piores são os comportamentos e atitudes em saúde oral mais cáries têm os estudantes.

As relações mais fortes e significativas dos estudantes de farmácia revelam que quanto melhores são os seus comportamentos e atitudes, mais história de cárie têm e mais dentes obturados possuem.

Comportamentos, atitudes e saúde periodontal (HUDBI versus IPC)

A relação entre o HUDBI e os valores máximos de IPC revelou ser fraca e negativa ($p = -0,120$, $p = 0,072$) e entre o HUDBI e o nº de sextantes são foi fraca e positiva ($p = 0,330$, $p = 0,045$). Indicando que os problemas periodontais são menores quando os comportamentos e atitudes em saúde oral são melhores.

Relação entre as respostas aos itens do HUDBI e as médias de CPO, dentes cariados e IPC

Para se avaliar a existência de relações entre as respostas aos 21 itens do inventário HUDBI e as condições orais encontradas. Apuraram-se as médias de CPO, dentes cariados e IPC por grupo de estudantes com respostas idênticas em cada item.

De seguida, realizou-se um teste estatístico de Mann-Whitney para identificar relações estatisticamente significativas entre os estudantes que responderam “concordo” ou “discordo” a cada um dos itens do inventário relativamente às médias das suas condições de saúde oral (Tabela 34).

Foram encontradas diferenças com significado estatístico entre os estudantes que responderam concordar ou não com seis itens do inventário (6,8,9,15,19 e 20).

Os estudantes que pensam que irão ter de usar dentadura quando forem velhos (item 6) têm significativamente mais dentes cariados que os que discordam com esta afirmação ($p = 0,045$).

Os que pensam que os seus dentes estão a piorar apesar de os escovarem todos os dias (item 8) também têm uma média de dentes cariados significativamente mais elevada que os estudantes que discordam com esta afirmação ($p=0,010$).

Os estudantes que escovam cada um dos seus dentes cuidadosamente (item 9) apresentam um índice CPO e uma média de dentes cariados significativamente maior que as dos seus colegas que discordam com esta afirmação ($p=0,001$ e $p=0,041$, respectivamente).

Os estudantes que não vão ao dentista só quando têm dores de dentes (item 15) têm um índice CPO significativamente mais elevado que os que só vão ao dentista em situações agudas ($p=0,031$).

Os estudantes que discordam com a afirmação do item 19, “tenho sempre tempo para lavar os dentes”, têm significativamente mais dentes cariados que os colegas que têm tempo para esta prática ($p=0,049$). Finalmente, os estudantes que referem nunca ter recebido instruções profissionais de escovagem dos dentes têm significativamente mais dentes cariados que os que concordam ter recebido instruções para tal comportamento ($p=0,009$).

Tabela 34

Médias de CPO, dentes cariados e IPC em relação com as respostas dadas aos itens do HUDBI 2008 - 2009

ITEM HUDBI	Respostas	N	Média de condição de saúde oral		
			CPO	DENTES CARIADOS	IPC
1.	Concordo	25	3,12	0,84	1,60
	Discordo	200	3,47	0,61	1,65
	Valor de <i>p</i>		0,378	0,358	0,588
2.	Concordo	62	2,84	0,74	1,68
	Discordo	163	3,66	0,60	1,63
	Valor de <i>p</i>		0,132	0,258	0,843
3.	Concordo	214	3,46	0,64	1,64
	Discordo	11	2,91	0,55	1,73
	Valor de <i>p</i>		0,597	0,849	0,697
4.	Concordo	169	3,0	0,71	1,54
	Discordo	56	3,57	0,61	1,67
	Valor de <i>p</i>		0,477	0,847	0,210
5.	Concordo	1	0,64	---	---
	Discordo	224	3,44	0,64	1,65
	Valor de <i>p</i>		0,844	---	---
6.	Concordo	41	3,80	0,95	1,71
	Discordo	184	3,35	0,57	1,63
	Valor de <i>p</i>		0,517	0,045*	0,393
7.	Concordo	156	3,52	0,62	1,67
	Discordo	69	3,23	0,67	1,58
	Valor de <i>p</i>		0,338	0,775	0,402
8.	Concordo	48	3,00	1,15	1,69
	Discordo	177	3,53	0,50	1,63
	Valor de <i>p</i>		0,595	0,010*	0,678
9.	Concordo	88	3,91	0,77	1,61
	Discordo	137	2,69	0,43	1,68
	Valor de <i>p</i>		0,001**	0,041*	0,502
10.	Concordo	65	3,68	0,71	1,69
	Discordo	160	3,33	0,61	1,62
	Valor de <i>p</i>		0,788	0,127	0,666
11.	Concordo	32	3,09	0,69	1,5
	Discordo	193	3,5	0,63	1,66
	Valor de <i>p</i>		0,341	0,912	0,336
12.	Concordo	198	3,44	0,59	1,65
	Discordo	27	3,33	0,96	1,59
	Valor de <i>p</i>		0,652	0,485	0,679
13.	Concordo	224	3,45	0,64	1,64
	Discordo	1	---	---	---
	Valor de <i>p</i>		---	---	---
14.	Concordo	141	3,63	0,66	1,71
	Discordo	84	3,10	0,60	1,52
	Valor de <i>p</i>		0,271	0,745	0,050
15.	Concordo	73	2,82	0,81	1,74
	Discordo	152	3,72	0,55	1,59
	Valor de <i>p</i>		0,031*	0,429	0,125
16.	Concordo	25	3,72	0,72	1,56
	Discordo	200	3,40	0,63	1,65
	Valor de <i>p</i>		0,645	0,985	0,738
17.	Concordo	78	3,04	0,58	1,68
	Discordo	147	3,64	0,67	1,62
	Valor de <i>p</i>		0,182	0,663	0,557
18.	Concordo	57	3,30	0,54	1,79
	Discordo	168	3,48	0,67	1,59
	Valor de <i>p</i>		0,330	0,987	0,066
19.	Concordo	174	3,25	0,58	1,66
	Discordo	51	4,06	0,82	1,57
	Valor de <i>p</i>		0,052	0,049*	0,369
20.	Concordo	74	3,30	0,28	1,66
	Discordo	151	3,50	0,81	1,63
	Valor de <i>p</i>		0,926	0,009**	0,613
21.	Concordo	52	3,85	0,69	1,60
	Discordo	173	3,31	0,62	1,65
	Valor de <i>p</i>		0,265	0,755	0,629

Teste estatístico Mann-Whitney U. Nível de significância (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$) – itens indicados a negrito

3.4.1.2. Relação entre os comportamentos e atitudes e a percepção de saúde oral dos estudantes

Como se ilustra na Figura 17, a percepção das características de saúde oral dos estudantes correlaciona-se positivamente com o valor global obtido no inventário de comportamento e atitudes em saúde oral - HUDBI ($\rho=0,311$, $p<0,001$).

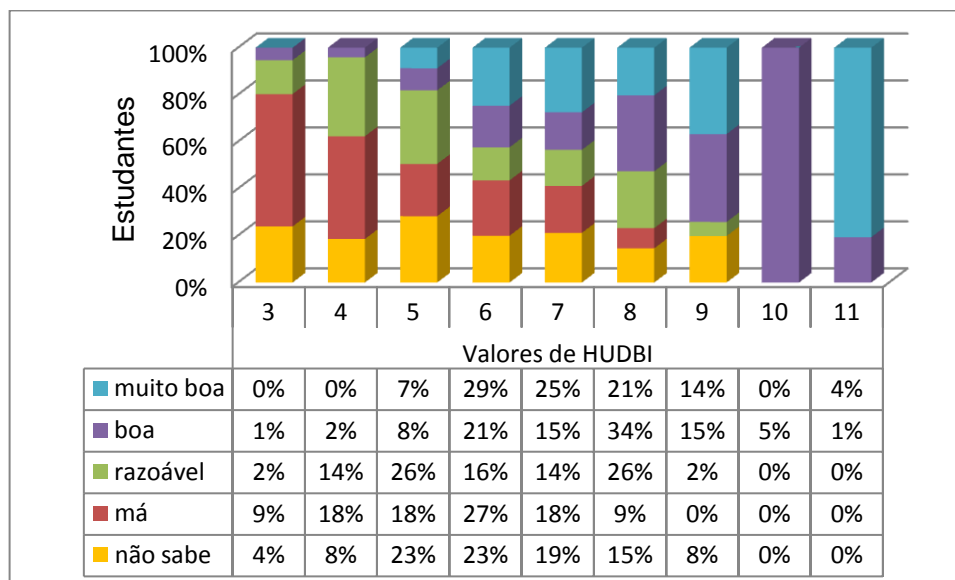


Figura 17. Percepção de saúde oral dos estudantes versus HUDBI 2008/2009

Embora sendo uma relação fraca, entende-se que à medida que as atitudes e comportamentos melhoram, também melhora a caracterização de saúde oral por parte dos estudantes.

3.4.1.3. Relação entre a percepção do estado de saúde oral por parte dos estudantes e as condições de saúde oral observadas

Observando a distribuição das condições orais encontradas pelas caracterizações de saúde oral feitas pelos estudantes (Figura 18), verifica-se existir uma maior percentagem de estudantes com cáries activas ($C > 0$) e hemorragia à sondagem ($IPC=1$) no grupo que julgou a sua saúde oral como “má” (72,7% e 18,2% respectivamente). O grupo que referiu não saber caracterizar o seu estado de saúde

oral é o que tem maior percentagem de estudantes (88,5%) a necessitarem de destartarização (IPC=2). No conjunto de estudantes que pensam ter uma saúde oral muito boa, é onde se encontra a maior percentagem (89,3%) dos que não apresentam cáries activas (C=0). O grupo que apreciou a sua saúde oral como “boa” detém a maior percentagem de indivíduos com um periodonto saudável (IPC=0; 18,8%) quando comparado com os outros.

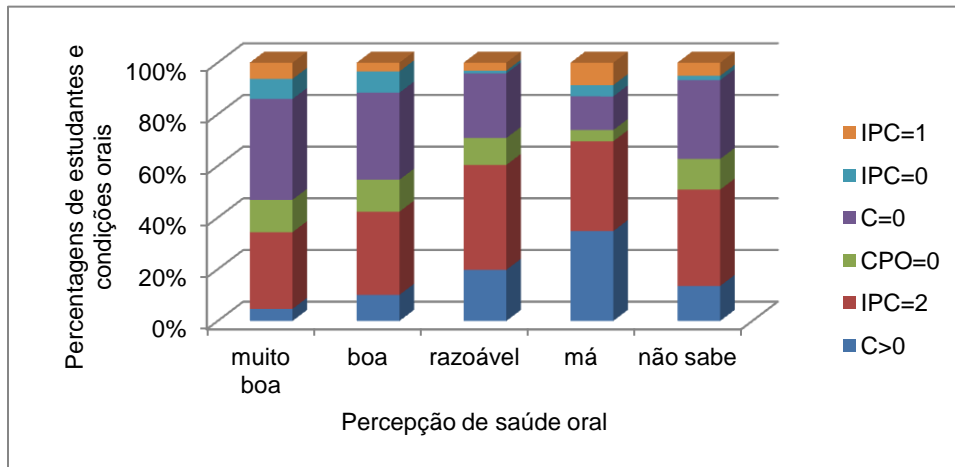


Figura 18. A percepção de saúde oral versus o estado de saúde oral 2008/2009

Todavia, como se pode observar na Tabela 35, quando analisada a percepção de saúde oral dos diferentes estudantes relativamente às condições de saúde observadas, constatou-se que os grupos são estatisticamente homogêneos.

Embora a diferença não tenha significado estatístico, a condição de saúde que mais variou entre os grupos foi o dos dentes com cáries activas ($C > 0$) (9,303, $p=0,054$). Ou seja, são os estudantes que consideram a sua saúde oral como “má” que apresentam mais cáries, quando confrontados com os que caracterizam a sua saúde como “muito boa”, “boa”, “razoável” ou “não sabem”.

Tabela 35

**Percepções de saúde oral dos estudantes e condições de saúde oral observadas
2008/2009**

		Estado de saúde oral / necessidade de tratamento						CPO
Percepção de saúde oral		Precisam tratamento de cáries "C">0	Precisam Destartarização IPC=2	Sem história de cáries CPO=0	Isentos de cáries activas "C"=0	Periodonto saudável IPC=0	Hemorragia pós sondagem IPC=1	
CURSOS								
Muito Boa	md	0	0	0	0	0	0	----
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	ho	2	1	0	2	1	0	4,5
	7,1%	0,0%	3,6%	0,0%	7,1%	3,6%	0,0%	
	pd	0	0	0	0	0	0	----
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	ps	1	1	1	1	0	0	0
	3,6%	0,0%	3,6%	3,6%	3,6%	0,0%	0,0%	
Boa	f	25	17	7	22	4	4	3,32
	89,3%	10,7%	60,7%	25,0%	78,6%	14,3%	14,3%	
	total	28	19	8	25	5	4	3,1
	12,4%	10,7%	67,9%	28,6%	89,3%	17,8%	14,3%	
	md	34	25	12	29	7	2	2,56
	29,1%	4,3%	21,4%	10,3%	24,8%	6,0%	1,7%	
	ho	30	25	9	23	3	2	3,83
	25,6%	6,0%	21,4%	7,7%	19,7%	2,6%	1,7%	
Razoável	pd	19	12	2	12	4	3	4,16
	16,2%	6,0%	10,3%	1,7%	10,3%	3,4%	2,6%	
	ps	32	23	10	24	8	1	3,25
	27,4%	6,8%	19,7%	8,5%	20,5%	6,8%	0,9%	
	f	2	1	0	2	0	1	4,00
	1,7%	0,0%	0,9%	0,0%	1,7%	0,0%	0,9%	
	total	117	86	33	90	22	9	3,5
	52,0%	23,1%	73,5%	28,2%	76,9%	18,8%	7,7%	
Má	md	7	7	2	4	0	2	4,14
	16,3%	7,0%	16,3%	4,7%	9,3%	0,0%	1,7%	
	ho	8	7	2	3	0	3	3,88
	18,6%	11,6%	16,3%	4,7%	7,0%	0,0%	2,6%	
	pd	15	13	1	8	0	5	5,60
	34,9%	16,3%	30,2%	2,3%	18,6%	0,0%	4,3%	
	ps	9	8	3	6	1	1	1,44
	20,9%	7,0%	18,6%	7,0%	14,0%	2,3%	0,9%	
Não sabe	f	4	4	2	3	0	1	2,75
	9,3%	2,3%	9,3%	4,7%	7,0%	0,0%	0,9%	
	total	43	39	10	24	1	3	3,40
	19,1%	44,2%	90,7%	23,3%	55,8%	2,3%	7,0%	
Muito Boa	md	0	0	0	0	0	0	----
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	ho	2	1	0	0	0	1	3
	18,2%	18,2%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	
	pd	4	4	0	1	0	0	3
	36,4%	27,3%	36,4%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	
	ps	3	2	0	1	1	0	6
	27,3%	18,2%	18,2%	0,0%	9,1%	9,1%	0,0%	
Boa	f	2	1	1	1	0	1	2,5
	18,2%	9,1%	9,1%	9,1%	9,1%	0,0%	9,1%	
	total	11	8	1	3	1	2	3,73
	4,9%	72,7%	72,73%	9,1%	27,7%	9,1%	18,2%	
Razoável	md	3	2	2	3	1	0	1,33
	11,5%	0,0%	7,7%	7,7%	11,5%	3,8%	0,0%	
	ho	1	1	0	0	0	0	6
	3,8%	3,8%	3,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	pd	6	6	1	4	0	0	3,83
	23,1%	7,7%	23,1%	3,8%	15,4%	0,0%	0,0%	
	ps	10	9	3	6	0	1	2,4
	38,5%	15,4%	34,6%	11,5%	23,1%	0,0%	3,8%	
Má	f	6	4	1	5	0	2	3,17
	23,1%	3,8%	15,4%	3,8%	19,2%	0,0%	7,7%	
	total	26	22	7	18	1	3	3,04
	11,6%	30,77%	88,62%	26,92%	69,23%	3,85%	11,54%	
total		225	174	59	160	30	21	3,43
		100%	28,89%	77,33%	26,22%	71,11%	13,33%	
Kruskal Wallis		9,303	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Valor de p		0,054	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

Para compreender as relações entre as percepções de saúde oral dos duzentos e vinte e cinco estudantes e as condições de saúde oral dos mesmos, calculou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* (ρ) entre os valores, medidos por escala ordinal, das diferentes variáveis.

Observou-se que a percepção se correlaciona negativamente com o índice IPC ($\rho=-0,094$, $p=0,159$) e, com o número de cáries activas ($C>0$) ($\rho=-0,193$, $p=0,004$) e positivamente com o índice CPO ($\rho=0,004$, $p=0,948$). Ou seja, apesar de serem correlações muito fracas, elas indicam que quanto mais cáries e piores são as condições periodontais, menos saudáveis se consideram os estudantes; e que quanto maior a experiência de cárie (CPO) mais saudáveis os estudantes se julgam (Tabela 36).

Tabela 36
Relações entre percepções e condições de saúde oral 2008/2009

	Condições de saúde oral		
	IPC	C>0	CPO
Percepção de saúde oral	$\rho = -0,094$ $p = 0,159$	$\rho = -0,193$ $p = 0,004^*$	$\rho = 0,004$ $p = 0,948$

3.4.1.4. Relação a percepção do estado de saúde oral dos estudantes e as suas rotinas em higiene oral

Na Tabela 37 verifica-se que as relações estatísticas calculadas indicam a existência de correlações positivas muito fracas entre a forma como os 225 estudantes caracterizam a sua saúde oral e as práticas de higiene oral que têm. As interdependências positivas indicam que, quanto melhor os estudantes caracterizam o sua saúde oral, mais frequentemente utilizam o fio dentário ($\rho=0,176$, $p=0,008$), mais vezes escovam os dentes ao longo do dia ($\rho=0,081$, $p=0,224$) e mais frequentemente vão a consultas no dentista ($\rho=0,152$, $p=0,023$).

Tabela 37

Relação entre as rotinas em Higiene oral e a percepção do estado de saúde oral 2008/2009

Práticas de higiene oral		Como os estudantes caracterizam a sua saúde oral					χ^2 Valor <i>p</i>	<i>p</i> Valor <i>p</i>
		Não sabem (26)	Má (11)	Razoável (43)	Boa (117)	Muito Boa (28)		
Fio dentário	Não usa	92,3%(24)	81,9%(9)	86%(37)	70,1%(82)	71,4%(20)		
	1x/semana	0,0%(0)	9,0%(1)	4,7%(2)	9,4%(11)	7,1%(2)	8,704	0,176
	1x/dia	7,7%(2)	9,0%(1)	9,3%(4)	20,5%(24)	21,4%(6)	0,069	0,008
Escovagem	1x/dia	3,8%(1)	0,0%(0)	11,6%(5)	3,4%(4)	10,7%(3)		
	2x/dia	69,2%(18)	72,7%(8)	72,1%(31)	63,2%(74)	57,1%(16)	6,504	0,081
	3x/dia	26,9(7)	27,3%(3)	13,3%(7)	32,5%(38)	32,1%(9)	0,165	0,224
Consultas ao dentista	Nunca foi	0,0%(0)	9,1%(1)	4,7%(2)	1,6%(2)	0,0%(0)		
	Quando tem dinheiro	3,8%(1)	0,0%(0)	4,7%(2)	0,0%(0)	0,0%(0)	13,573	0,152
	Fase aguda	30,8%(8)	27,3%(3)	48,8%(21)	27,4%(32)	28,6%(8)	0,009**	0,023*
	Controlo	65,4%(17)	63,6%(7)	41,8%(18)	71,0%(83)	71,4%(20)		

Teste estatístico de Kruskal Wallis; Correlação de Spearman; significância ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Quando se realizou o teste estatístico de Mann-Whitney, para analisar as diferenças nas práticas de higiene oral relativamente aos grupos originados por idênticas percepções, verificou-se que os grupos de estudantes que consideram a sua saúde “boa” e “muito boa” são praticamente idênticos estatisticamente, relativamente à regularidade com vão ao dentista (1611, $p=0,919$) e à frequência com que utilizam o fio dentário. O grupo de estudantes que julga ter uma “saúde razoável” vai significativamente menos vezes ao dentista que os estudantes que apreciam a sua saúde oral como “boa” (1743,0, $p < 0,001$) e “muito boa” (408,0, $p < 0,05$) (Tabela 38).

Tabela 38

Diferenças nas práticas de higiene oral entre estudantes com distintas percepções de saúde oral – 2008/2009

Percepções de saúde oral										
Práticas de higiene oral	Não Sabe/má	Não sabe /razoável	Não sabe /boa	Não sabe /muito boa	Má /razoável	Má /boa	Má /muito boa	Razoável /boa	Razoável /muito boa	Boa /muito boa
Consultas	137,5 <i>p</i> =0,857	421,0 <i>p</i> =0,055	1429,5 <i>p</i> =0,548	338,0 <i>p</i> =0,577	190,5 <i>p</i> =0,273	583,5 <i>p</i> =0,521	138,0 <i>p</i> =0,633	1743,0 <i>p</i> =0,000**	408,0 <i>p</i> =0,010*	1622,0 <i>p</i> =0,919
Fio dentário	129,0 <i>p</i> =0,658	526,0 <i>p</i> =0,462	1194,0 <i>p</i> =0,025*	290,0 <i>p</i> =0,058	227,5 <i>p</i> =0,754	561,5 <i>p</i> =0,381	136,0 <i>p</i> =0,590	2172,0 <i>p</i> =0,042*	512,0 <i>p</i> =0,126	1625,0 <i>p</i> =0,935
Escovagem	138,5 <i>p</i> =0,883	470,0 <i>p</i> =0,166	1422,5 <i>p</i> =0,538	364,0 <i>p</i> =1,000	190,0 <i>p</i> =0,208	620,5 <i>p</i> =0,815	149,5 <i>p</i> =0,890	1963,5 <i>p</i> =0,011*	513,0 <i>p</i> =0,210	1539,5 <i>p</i> =0,562

Teste de Mann-Whitney U. Nível de significância: $p < 0,001^{**}$, $p < 0,05^*$

Ainda, os estudantes que caracterizam a sua saúde como “boa” escovam os dentes e utilizam fio dentário significativamente com mais frequência que os que se consideram “razoáveis” ($p=0,011$ e $p=0,042$ respectivamente). Como nenhum dos

estudantes, que dizem não saber como caracterizar a sua saúde oral, faz fio dentário pelo menos uma vez por semana, a diferença entre estes e os que usam o fio no grupo dos que julgam a sua saúde como "boa", é estatisticamente significativa ($p=0,025$).

3.4.1.5. Relação entre rotinas em higiene oral e condições de saúde oral.

Para perceber a natureza de possíveis relações entre práticas de higiene oral relatadas pelos duzentos e vinte e cinco estudantes e as condições de saúde oral dos mesmos, calculou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* (ρ) entre os valores, medidos por escala ordinal, das diferentes variáveis.

Encontraram-se correlações significativas fracas entre as visitas ao dentista e os dentes cariados ($\rho=-0,174$, $p=0,009$) e os obturados ($\rho=0,247$; $p<0,001$). Relações que indicam que os estudantes que menos vão ao dentista são os que têm mais dentes cariados e os que mais vão são os que apresentam mais dentes obturados.

Subsequentemente, verificou-se não existirem relações com significância estatística. Observou-se que o índice CPO se correlacionou positivamente com a frequência de escovagem ($\rho=0,048$, $p=0,471$), com a utilização do fio dentário ($\rho=0,087$, $p=0,195$) e com a frequência de consultas no dentista ($\rho=0,118$, $p=0,078$). Ou seja, embora as correlações sejam consideradas muito fracas, indicam que quanto maior é a história de cáries, maior é a frequência da escovagem, do uso do fio e das consultas no dentista.

Por outro lado, o IPC relacionou-se negativamente com as mesmas variáveis, ou seja, as condições de saúde periodontais pioram (o IPC aumenta) quando diminui a frequência da escovagem, do uso do fio dentário e das visitas ao dentista (Tabela 39).

Tabela 39

Relações entre rotinas em higiene oral e condições de saúde oral – 2008/2009

		Práticas e hábitos em higiene oral		
		Frequência de escovagem	Frequência do uso do fio	Frequência de consultas no dentista
Condições de saúde oral	CPO	$\rho = 0,048$ $p = 0,471$	$\rho = 0,087$ $p = 0,195$	$\rho = 0,118$ $p = 0,078$
	C	$\rho = -0,040$ $p = 0,546$	$\rho = 0,006$ $p = 0,924$	$\rho = -0,174^{**}$ $p = 0,009$
	P	$\rho = -0,008$ $p = 0,900$	$\rho = -0,021$ $p = 0,749$	$\rho = -0,082$ $p = 0,223$
	O	$\rho = 0,048$ $p = 0,475$	$\rho = 0,113$ $p = 0,091$	$\rho = 0,247^{***}$ $p < 0,001$
	Nº sextantes Saudáveis	$\rho = 0,073$ $p = 0,278$	$\rho = 0,094$ $p = 0,161$	$\rho = 0,088$ $p = 0,188$
	IPC	$\rho = -0,060$ $p = 0,374$	$\rho = -0,054$ $p = 0,417$	$\rho = -0,068$ $p = 0,309$

Correlação de Spearman. Nível de significância: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,00$

3.4.2. Ano lectivo 2010/2011

No resultado da análise factorial, realizada para se estudar a relação entre todas as variáveis recolhidas em 2011, identificou-se uma componente principal com uma relação estreita entre as variáveis apresentadas na Tabela 40.

Posteriormente, para análise das interdependências entre as variâncias das mesmas, foi realizado o estudo através de regressão linear que demonstrou que a variância dos valores de HUDBI é significativamente explicada em 36,2% pelas variáveis pertencentes à componente analisada (R Square=0,362; $p < 0,001$).

Tabela 40
Análise de relações entre as variáveis da componente

	Curso	Frequência do uso do fio	HUDBI	Percepção de saúde oral	Frequência Consultas	Frequência escovagem	IPC
Curso							
Frequência do uso do fio	-0,510* $p<0,001$						
HUDBI	-0,522* $p<0,001$	0,335* $p<0,001$					
Percepção de saúde oral	-0,236** $p=0,003$	0,304* $p<0,001$	0,294* $p<0,001$				
Frequência Consultas	-0,075 $p=0,197$	0,178** $p=0,002$	0,234** $p=0,004$	0,228** $p=0,004$			
Frequência escovagem	-0,085 $p=0,168$	0,184* $p=0,018$	0,225** $p=0,005$	0,106 $p=0,114$	0,006 $p=0,474$		
IPC	0,245** $p=0,002$	-0,254** $p=0,002$	-0,007 $p=0,135$	0,188* $p=0,016$	-0,131 $p=0,068$	0,020 $p=0,409$	

Correlação de Pearson - Significância estatística; *** $p<0,05$; ** $p<0,01$; * $p<0,001$

Entre as variáveis que compõem a dimensão extraída verificou-se a existência de correlações moderadas negativas significativas ($p < 0,001$) entre o curso que os estudantes frequentam e o HUDBI e a frequência do uso do fio dentário. Também negativa, fraca e significativa entre o curso e a percepção de saúde oral por parte dos estudantes ($p=0,003$). Ainda se encontrou uma correlação fraca, mas positiva e com significância estatística entre o curso e o IPC ($p=0,002$). Ou seja, são os estudantes dos cursos leccionados na FMDUL que mais frequentemente usam o fio, melhores valores de HUDBI apresentam, em melhores condições pensam ter a sua saúde oral e melhores condições periodontais apresentam.

As correlações encontradas entre o uso do fio dentário e as outras variáveis demonstram, de forma significativa, que os estudantes que mais frequentemente usam o fio são os que obtiveram melhores valores no HUDBI; caracterizam a sua saúde oral mais favoravelmente; vão mais frequentemente a consultas com profissionais de saúde oral; escovam mais frequentemente os dentes e têm menos problemas periodontais.

Os valores de HUDBI correlacionaram-se de forma positiva com a percepção de saúde oral; a frequência da escovagem dos dentes e a frequência de consultas a profissionais de saúde oral. Ou seja, os estudantes que apresentam melhores

comportamentos e atitudes em saúde oral são, significativamente, os que percebem ter melhor saúde oral; os que vão mais frequentemente a consultas e os que escovam mais frequentemente os dentes.

A percepção de saúde oral relacionou-se positivamente com a frequência das consultas e com o IPC. Estes dados sugerem que os estudantes percebem melhor a sua saúde oral quanto mais vezes vão a consultas com profissionais e quanto piores são as suas condições periodontais.

3.4.2.1. Relação entre os comportamentos, atitudes e condições de saúde oral em 2011

Comportamentos, atitudes e a história de cárie

Para estudar o grau de relacionamento entre os resultados de CPO e de HUDBI atingidos pelos estudantes, realizou-se o teste de correlação (não paramétrico) de Spearman. Verificou-se que a probabilidade de associação entre as variáveis na população foi positiva mas muito fraca ($p=0,147$, $p=0,094$). Ou seja, existe uma orientação para que os comportamentos e atitudes (HUDBI) sejam melhores quanto maior for a história de cárie ($CPO>0$).

Na tentativa de se apreender se haveria alguma associação da condição de doença (história presente ou passada de cárie) com os valores de HUDBI, correlacionaram-se as componentes do índice CPO, isoladamente, com os valores de HUDBI. Constatou-se a existência de relações negativas muito fracas entre os valores de HUDBI e a componente “C” (dentes cariados) ($p=-0,146$, $p=0,096$) e “P” (dentes perdidos) ($p=-0,077$, $p=0,381$). Continuamente, apurou-se a existência de uma associação positiva fraca entre os resultados de HUDBI e os resultados da componente “O” (dentes obturados) ($p=0,231$, $p=0,008$).

A Tabela 41 apresenta as associações encontradas entre as variáveis HUDBI e o CPO e suas componentes nos estudantes dos diferentes cursos.

Tabela 41

Relação entre HUDBI, CPO e componentes “C”, “P” e “O” - 2010/2011

Curso	N	HUDBI/CPO	HUDBI/C	HUDBI/P	HUDBI/O
		ρ Valor p	ρ Valor p	ρ Valor p	ρ Valor p
Medicina dentária	21	0,016 $p=0,944$	0,042 $p=0,856$	-----	0,000 $p=0,999$
Higiene Oral	26	-0,375 $p=0,059$	-0,542** $p=0,004$	-0,271 $p=0,181$	-0,167 $p=0,416$
Prótese dentária	33	0,190 $p=0,979$	-0,100 $p=0,579$	-0,103 $p=0,569$	0,029 $p=0,874$
Psicologia	31	0,345 $p=0,057$	0,065 $p=0,729$	0,142 $p=0,448$	0,361* $p=0,046$
Farmácia	20	0,448* $p=0,047$	-0,082 $p=0,732$	-0,238 $p=0,313$	0,579** $p=0,007$

Correlação de Spearman. Nível significância: $p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$ **Comportamentos, atitudes e saúde periodontal**

Verificou-se que os resultados obtidos no HUDBI e no IPC estão negativamente relacionados de forma muito fraca e sem significância ($p=-0,099$, $p=0,262$). Todavia, estes dados são reforçados pela relação significativa existente entre o HUDBI e o nº de sextantes saudáveis ($p=0,190$, $p=0,029$). Estes dados sugerem que quando os comportamentos e atitudes melhoram, a condição de saúde periodontal também.

O mesmo acontece quando se separam os valores pelos alunos dos diferentes cursos.

Relação entre as respostas aos itens do HUDBI e as médias de CPO, C, P, O e IPC

Para se avaliar a existência de relações entre as respostas aos 21 itens do inventário HUDBI e as condições orais encontradas. Apuraram-se as médias de CPO e dos seus componentes (dentes cariados, perdidos e obturados) e IPC por grupo de estudantes com respostas idênticas em cada item.

Posteriormente, realizaram-se os testes estatísticos não paramétricos de Mann-Whitney U e Mann-Whitney-Wilcoxon (a amostra inferior a 10 estudantes) para identificar relações estatisticamente significativas entre os estudantes que responderam “concordo” ou “discordo” a cada um dos itens do inventário relativamente às médias das suas condições de saúde oral (Tabela 42).

Foram encontradas diferenças com significado estatístico entre os estudantes que responderam concordar ou não com oito itens do inventário (itens 1, 2, 4, 15, 16, 18, 20 e 21).

Os estudantes que se preocupam com visitas ao dentista (item 1) têm uma média de CPO e de dentes obturados significativamente maiores que as dos estudantes que não se preocupam com este tipo de consultas ($p=0,013$ e $p=0,009$ respectivamente).

Os que não sangram da gengiva quando escovam os dentes (item 2) também têm uma média de CPO e de dentes obturados significativamente mais elevadas que os estudantes que sangram da gengiva ($p=0,021$ e $p=0,009$).

Os estudantes que concordam já ter reparado nalguns depósitos moles e pegajosos nos seus dentes (item 4) têm significativamente mais dentes obturados que os estudantes que discordam desta afirmação ($p=0,045$).

Os estudantes que concordam ir ao dentista só quando têm dores de dentes têm significativamente mais dentes perdidos que os colegas que não concordam com esta atitude (item 15) ($p<0,001$).

Os estudantes que já utilizaram “corante” para identificar a existência de placa bacteriana nos seus dentes têm uma média de IPC significativamente superior da dos colegas que nunca usaram corante (item 16) ($p=0,012$) tal com os colegas que só sentem que lavam bem os dentes quando os escovam com movimentos rápidos e fortes relativamente aos que discordam com este procedimento (item 18) ($p=0,029$).

Os estudantes que não concordam com a afirmação do item 20 –“O dentista já me elogiou a forma como lavo os dentes”, têm significativamente mais dentes cariados e piores condições periodontais que os colegas que consideram já ter sido elogiados pelos seus dentistas ($p=0,019$ e $p=0,038$ respectivamente).

Os estudantes que discordam com a afirmação do item 21 –“ Utilizo fio dentário pelo menos uma vez por semana” têm significativamente piores condições periodontais do que os que concordam ($p=0,010$).

Tabela 42

Médias de CPO, dentes cariados, perdidos e obturados e IPC em relação com as respostas dadas aos itens do HUDBI 2010/2011

ITEM HUDBI	Respostas	N	Média de condição de saúde oral				IPC
			CPO	DENTES CARIADOS	DENTES PERDIDOS	DENTES OBTURADOS	
1.	Concordo	15	2,27	0,60	0,07	1,60	1,47
	Discordo	116	4,36	0,47	0,28	3,55	1,44
	Valor de <i>p</i>		0,013*	0,953	0,414	0,009**	0,938
2.	Concordo	31	3,00	0,58	0,19	2,13	1,55
	Discordo	100	4,47	0,45	0,27	3,70	1,41
	Valor de <i>p</i>		0,021*	0,836	0,974	0,009**	0,356
3.	Concordo	128	4,16	0,48	0,24	3,38	1,46
	Discordo	3	2,33	0,33	0,67	1,33	0,67
	Valor de <i>p</i>		(b) 0,369	(b) 0,992	(b) 0,257	(b) 0,241	(b) 0,140
4.	Concordo	42	3,00	0,31	0,17	4,31	1,36
	Discordo	89	4,90	0,56	0,29	2,87	1,48
	Valor de <i>p</i>		0,095	0,276	0,398	0,045*	0,335
5.	Concordo	5	5,60	----	----	5,60	0,80
	Discordo	126	4,06	0,50	0,26	3,24	1,47
	Valor de <i>p</i>		(b) 0,418	(b) 0,153	(b) 0,382	(b) 0,227	(b) 0,116
6.	Concordo	14	5,14	0,71	0,29	4,14	1,57
	Discordo	117	4,00	0,45	0,25	3,29	1,43
	Valor de <i>p</i>		0,267	0,103	0,553	0,525	0,426
7.	Concordo	118	4,19	0,43	0,25	3,44	1,47
	Discordo	13	3,46	0,92	0,23	2,31	1,23
	Valor de <i>p</i>		0,434	0,118	0,797	0,294	0,466
8.	Concordo	21	3,00	0,29	0,19	2,52	1,62
	Discordo	110	4,34	0,52	0,26	3,48	1,41
	Valor de <i>p</i>		0,059	0,451	0,625	0,098	0,289
9.	Concordo	93	4,17	0,43	0,22	3,44	1,46
	Discordo	38	4,00	0,61	0,34	3,05	1,39
	Valor de <i>p</i>		0,758	0,609	0,927	0,601	0,775
10.	Concordo	23	3,17	0,35	0,13	2,57	1,57
	Discordo	108	4,32	0,51	0,28	3,49	1,42
	Valor de <i>p</i>		0,166	0,598	0,497	0,248	0,416
11.	Concordo	18	3,56	0,17	0,06	3,33	1,56
	Discordo	113	4,21	0,53	0,28	3,33	1,42
	Valor de <i>p</i>		0,296	0,076	0,295	0,733	0,547
12.	Concordo	118	4,26	0,48	0,25	3,47	1,46
	Discordo	13	2,85	0,46	0,31	2,08	1,31
	Valor de <i>p</i>		0,148	0,383	0,767	0,097	0,599
13.	Concordo	131	4,12	0,48	0,25	3,33	1,44
	Discordo	0	----	----	----	----	----
	Valor de <i>p</i>		----	----	----	----	----
14.	Concordo	74	4,03	0,58	0,24	3,08	1,46
	Discordo	56	4,23	0,36	0,25	3,63	1,41
	Valor de <i>p</i>		0,891	0,055	0,980	0,447	0,842
15.	Concordo	30	4,17	0,77	0,63	2,77	1,53
	Discordo	101	4,11	0,40	0,14	3,50	1,42
	Valor de <i>p</i>		0,965	0,191	0,000***	0,285	0,550
16.	Concordo	60	4,28	0,35	0,22	3,72	1,61
	Discordo	71	3,99	0,59	0,28	3,00	1,25
	Valor de <i>p</i>		0,601	0,264	0,956	0,128	0,012*
17.	Concordo	31	3,77	0,32	0,13	3,32	1,68
	Discordo	100	4,23	0,53	0,29	3,33	1,37
	Valor de <i>p</i>		0,420	0,506	0,504	0,700	0,092
18.	Concordo	18	3,67	0,39	0,17	3,11	1,83
	Discordo	113	4,19	0,50	0,27	3,36	1,38
	Valor de <i>p</i>		0,474	0,844	0,718	0,748	0,029*
19.	Concordo	106	3,98	0,47	0,29	3,14	1,48
	Discordo	25	4,72	0,52	0,08	4,12	1,28
	Valor de <i>p</i>		0,335	1,000	0,369	0,260	0,246
20.	Concordo	59	3,86	0,29	0,14	3,39	1,27
	Discordo	72	4,33	0,64	0,35	3,28	1,58
	Valor de <i>p</i>		0,583	0,019*	0,060	0,545	0,038*
21.	Concordo	65	4,43	0,46	0,18	3,57	1,26
	Discordo	66	3,82	0,50	0,32	3,09	1,62
	Valor de <i>p</i>		0,203	0,797	0,746	0,296	0,010*

Testes estatísticos U de Mann-Whitney e Wilcoxon W de Mann-Whitney (b). Nível de significância (* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$)

3.4.2.2. Relação entre os comportamentos e atitudes e a percepção de saúde oral dos estudantes

Conforme representado na Figura 19, a percepção das características de saúde oral dos estudantes correlaciona-se positivamente com o valor global obtido no inventário de comportamento e atitudes em saúde oral - HUDBI ($p=0,331$, $p<0,001$). Embora sendo uma relação fraca, entende-se que à medida que as atitudes e comportamentos melhoram, também melhora a caracterização de saúde oral por parte dos estudantes.

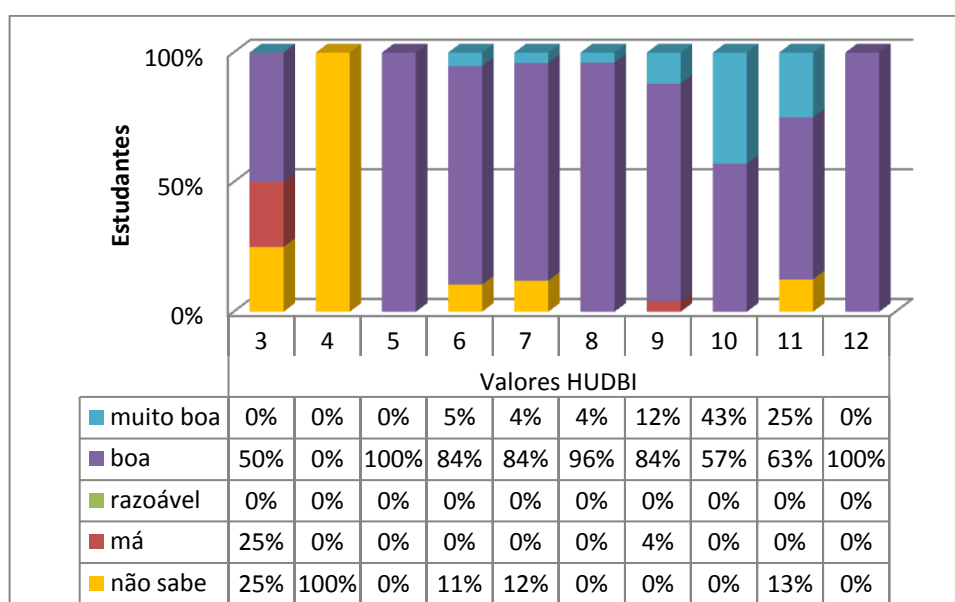


Figura 19. Percepções de saúde oral dos estudantes versus HUDBI (2010/2011)

3.4.2.3. Relação entre as condições de saúde oral observadas e a percepção do estado de saúde oral por parte dos estudantes.

Para identificar relações entre as percepções de saúde oral dos 131 estudantes e as condições reais de saúde oral dos mesmos, calculou-se os coeficientes de correlação de Spearman (ρ) entre os valores, medidos em escala ordinal, das variáveis em questão. Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas.

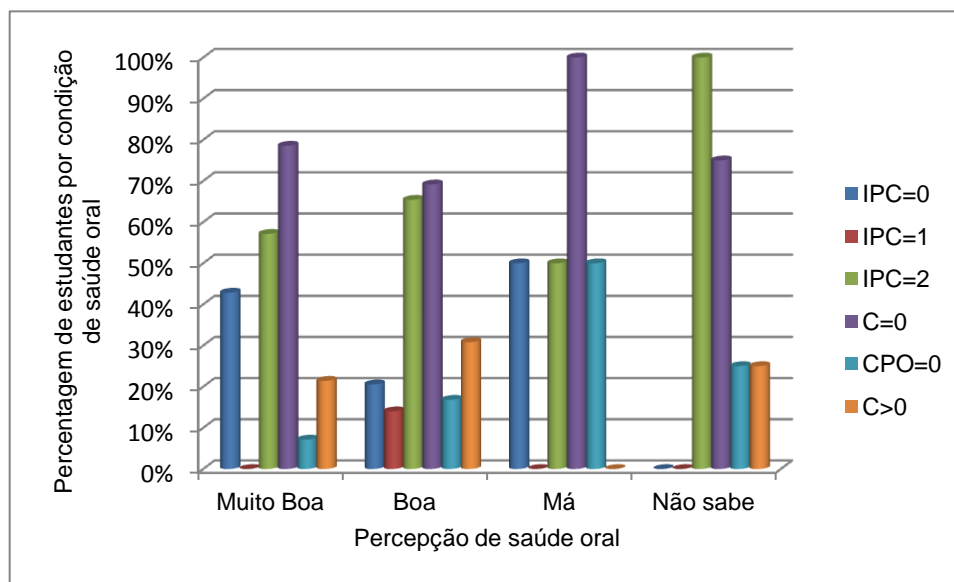
Tabela 43

Relações entre percepções e condições de saúde oral 2010/2011

	Condições de saúde oral		
	IPC	C>0	CPO
Percepção de saúde oral	$\rho = -0,159$ $p = 0,069$	$\rho = -0,112$ $p = 0,504$	$\rho = 0,046$ $p = 0,602$

Verificou-se que a percepção se correlaciona negativamente com o índice IPC ($\rho=-0,159$, $p=0,069$) e com o número de cáries ($C> 0$) ($\rho=-0,112$, $p=0,504$), ainda positivamente com o índice CPO ($\rho=0,046$, $p=0,602$) e com o nº de sextantes sãos ($\rho=0,222$, $p=0,011$). Ou seja, apesar de serem correlações muito fracas, elas indicam que quanto mais cáries e piores são as condições periodontais, menos saudáveis se consideram os estudantes; e quanto maior a experiência de cárie (CPO) mais saudáveis os estudantes se avaliam (Tabela 43).

A Figura 20 ilustra a distribuição das condições orais pelos grupos de estudantes consoante a sua percepção ou caracterização que fizeram da sua saúde oral.

**Figura 20. A percepção de saúde oral versus o estado de saúde oral 2010/2011**

Constatou-se não existirem diferenças entre os 4 grupos de estudantes originados pela forma como percebem a sua saúde oral relativamente às suas condições de saúde reais. Segundo o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, os grupos de estudantes são estatisticamente idênticos relativamente à distribuição das

condições periodontais encontradas (0,000, $p=1,000$) e relativamente à ausência de cáries (C=0) (0,000, $p=1,000$). As dissimilaridades existentes entre os grupos de estudantes relativamente à presença de cáries (C> 0) e ausência de história de cáries (CPO=0) não tiveram significância estatística (0,464, $p=0,793$ e 0,277, $p=0,964$ respectivamente).

3.4.2.4. Relação entre a percepção do estado de saúde oral dos estudantes e as rotinas em higiene oral e

Na Tabela 44 observa-se que as relações estatísticas calculadas indicam a existência de correlações positivas, fracas e muito fracas, entre a forma como os 131 estudantes caracterizam a sua saúde oral e as práticas de higiene oral que têm.

As relações positivas encontradas revelam que, quanto melhor os estudantes caracterizam o sua saúde oral mais frequentemente utilizam o fio dentário ($p=0,308$, $p=0,008$), mais vezes escovam os dentes ao longo do dia ($p=0,115$, $p=0,190$) e mais frequentemente vão a consultas no dentista ($p=0,246$, $p=0,005$).

Tabela 44

Relação entre as rotinas em Higiene oral e a percepção do estado de saúde oral-2010/2011

Práticas de higiene oral		Como os estudantes caracterizam a sua saúde oral					χ^2 Valor p	p Valor p
		Não sabem (8)	Má (2)	Razoável (0)	Boa (107)	Muito Boa (14)		
Fio dentário	Não usa	100%(8)	50,0%(1)	0,0%(0)	45,8%(49)	21,4%(3)	13,448 0,004**	0,308 0,000***
	1x/semana	0,0%(0)	50,0%(1)	0,0%(0)	36,4%(39)	35,7%(5)		
	1x/dia	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	17,8%(19)	42,9%(6)		
Escovagem	1x/dia	12,5%(1)	0,0%(0)	0,0%(0)	7,5%(8)	0,0%(0)	1,745 0,627	0,115 0,190
	2x/dia	37,5%(6)	100%(2)	0,0%(0)	70,1%(75)	71,4%(10)		
	3x/dia	12,5%(1)	0,0%(0)	0,0%(0)	22,4%(24)	28,6%(4)		
Consultas ao dentista	Nunca foi	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	1,0%(1)	0,0%(0)	9,061 0,028*	0,246 0,005**
	Quando tem dinheiro	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)		
	Fase aguda	62,5%(5)	50,0%(1)	0,0%(0)	22,4%(24)	7,1%(1)		
	controlo	37,5%(3)	50,0%(1)	0,0%(0)	76,6%(82)	92,9%(13)		

Teste estatístico de Kruskal Wallis; Correlação de Spearman; significância *** $p<0,001$, ** $p<0,01$, * $p<0,05$

Quando se analisaram as diferenças nas práticas de higiene oral relativamente aos grupos originados por idênticas percepções, verificou-se que o grupo de estudantes que considera não saber avaliar a sua saúde oral vai significativamente menos vezes ao dentista que os estudantes que apreciam a sua saúde oral como boa (299,0, $p<0,017$) e muito boa (61,0, $p<0,035$) (Tabela 45). Como nenhum dos estudantes, que

dizem não saber caracterizar a sua saúde oral, faz fio dentário, a diferença entre estes e os que usam o fio no grupo dos que julgam a sua saúde como “boa” e “muito boa”, é estatisticamente significativa ($p=0,005$ e $p=0,002$ respectivamente).

Tabela 45
Diferenças nas rotinas em higiene oral entre estudantes com distintas percepções de saúde oral – 2010/2011

Práticas de higiene oral	Percepções de saúde oral					
	Não Sabe/má	Não sabe /boa	Não sabe /muito boa	Má /boa	Má /muito boa	Boa /muito boa
Consultas	11,000 $p=1,000$	408,000 $p=0,442$	78,000 $p=0,365$	94,000 $p=0,735$	13,000 $p=0,600$	663,000(b) $p=0,384$
Fio dentário	40,000 $p=0,400$	232,000 $p=0,005^{**}$	48,000 $p=0,002^{**}$	96,000 $p=0,767$	10,000 $p=0,333$	497,000(b) $p=0,935$
Escovagem	43,000 $p=0,889$	299,000 $p=0,017^{*}$	61,000 $p=0,035^{*}$	82,000 $p=0,557$	11,000 $p=0,417$	627,0 $p=0,165$

Teste Mann-Whitney-Wilcoxon W; Teste de Mann-Whitney U (b). Nível de significância: $p<0,001^{***}$, $p<0,01^{**}$, $p<0,05^{*}$

3.4.2.5. Relação entre rotinas em higiene oral e estado de saúde oral

Para identificar possíveis relações entre práticas de higiene oral descritas pelos 131 estudantes e as condições de saúde oral dos mesmos, calculou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* (ρ) entre os valores, medidos por escala ordinal, das diferentes variáveis.

Então, conforme Tabela 46, verificou-se não existirem correlações com significância estatística entre a maioria das variáveis. Observou-se que o índice CPO se correlaciona positivamente com a frequência de escovagem com a utilização do fio dentário e com a frequência de consultas no dentista. Ou seja, embora as correlações sejam consideradas muito fracas, indicam que quanto maior é a história de cáries, maior é a frequência da escovagem, do uso do fio e das consultas no dentista.

Por outro lado, o IPC relacionou-se negativamente com as consultas no dentista e com a utilização de fio dentário, ou seja, as condições de saúde periodontais pioram (o IPC aumenta) quando a frequência do uso do fio dentário ($p=0,004$) e a das visitas ao dentista diminuem. A correlação positiva, muito fraca, entre a escovagem e o IPC indica que, com o agravamento das condições periodontais, existe um aumento da frequência de escovagem.

A relação inversa existente entre os dentes perdidos e a frequência de consultas ($p=0,004$) indica que quanto menos vezes se vai às consultas mais dentes perdidos por cárie se tem.

Tabela 46

Relações entre rotinas de higiene oral e condições de saúde oral – 2010/2011

		Rotinas em higiene oral		
		Frequência de escovagem	Frequência do uso do fio	Frequência de consultas
Condições de saúde oral	CPO	$\rho = 0,114$ $\rho = 0,195$	$\rho = 0,165$ $\rho = 0,060$	$\rho = 0,036$ $\rho = 0,686$
	C	$\rho = -0,023$ $\rho = 0,798$	$\rho = -0,48$ $\rho = 0,589$	$\rho = -0,038$ $\rho = 0,670$
	P	$\rho = 0,116$ $\rho = 0,188$	$\rho = -0,004$ $\rho = 0,965$	$\rho = -0,249^{**}$ $\rho = 0,004$
	O	$\rho = 0,078$ $\rho = 0,375$	$\rho = 0,169$ $\rho = 0,054$	$\rho = 0,074$ $\rho = 0,398$
	Novas cáries	$\rho = 0,041$ $\rho = 0,645$	$\rho = 0,091$ $\rho = 0,300$	$\rho = 0,153$ $\rho = 0,081$
	Nº sextantes Saudáveis	$\rho = -0,003$ $\rho = 0,975$	$\rho = 0,263^{**}$ $\rho = 0,002$	$\rho = 0,113$ $\rho = 0,199$
	IPC	$\rho = 0,015$ $\rho = 0,865$	$\rho = -0,251$ $\rho = 0,004$	$\rho = -0,119$ $\rho = 0,175$

3.5. Alterações e evoluções nos comportamentos, atitudes e condições de saúde oral dos estudantes entre 2008 e 2011

3.5.1. Alterações de comportamentos e atitudes em saúde oral entre o 1º e o 3º ano académico (HUDBI).

Para se verificar a significância das mudanças de opinião relativas a comportamentos e atitudes descritos nos 21 itens do HUDBI, utilizou-se a prova estatística não paramétrica binominal (Tabela 53).

Tabela 53

Significância das diferenças entre as respostas dadas no HUDBI em 2008 e 2011

Estudantes /Curso	Itens HUDBI																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	14	15	16	17	18	19	20	21
Farmácia (n=20)																				
Valor de p	1,000	1,000	0,500	1,000	1,000	1,000	1,000	0,500	1,000	0,625	1,000	1,000	0,375	1,000	1,000	1,000	1,000	0,250	0,625	1,000
Psicologia (n=31)																				
Valor de p	0,125	0,125	1,000	0,125	----	0,219	0,625	0,549	0,453	1,000	1,000	1,000	0,791	0,039*	1,000	1,000	1,000	1,000	0,727	0,687
Prótese (n=33)																				
Valor de p	0,500	0,146	1,000	0,219	1,000	0,344	0,039*	1,000	0,453	0,012*	1,000	0,625	0,629	0,344	0,021*	0,754	1,000	0,508	0,344	0,012*
M Dentária (n=21)																				
Valor de p	0,500	0,500	1,000	0,219	1,000	1,000	0,063	0,625	0,219	1,000	1,000	1,000	0,774	0,125	0,000***	0,063	1,000	0,375	1,000	0,000***
H. Oral (n=26)																				
Valor de p	1,000	0,031*	1,000	0,065	1,000	0,375	0,008**	0,008**	0,012*	0,063	0,687	0,375	1,000	0,687	0,000***	0,008**	0,375	0,625	1,000	0,007**

Teste Binomial. Exact Sig. (2-tailed) ($p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$, $p < 0,001^{***}$) – Item 13 não avaliado por incapacidade de realização de tabela 2*2

Observou-se que os estudantes do curso de farmácia não alteraram significativamente as respostas que deram em 2008 e 2011. Na Tabela 53 pode verificar-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre as respostas que deram aos itens do questionário nos dois anos em que foram realizadas.

Quase idênticos estão os estudantes do curso de psicologia, com 40% de respostas estatisticamente semelhantes ($p=1$). Porém, relativamente ao item 15, os estudantes de psicologia mudaram significativamente a sua opinião ($p=0,039$). Ou seja, conforme a Tabela 54 pode verificar-se que em 2011 apenas 10 estudantes concordam só ir ao dentista em fases agudas, enquanto em 2008, dezassete estudantes concordavam com esta afirmação, registou-se então que 41% dos estudantes que outrora concordavam com o item 15 mudaram de opinião, não recorrendo ao dentista só em caso de dor.

Tabela 54

Item 15. Só vou ao dentista quando tenho dor de dentes -estudantes de psicologia

Só vou ao dentista quando tenho dor de dentes (2008)	Só vou ao dentista quando tenho dor de dentes (2011)	
	Discordo % (n)	Concordo % (n)
Discordo	42% (13)	3% (1)
Concordo	26% (8)	29% (9)

Teste Binomial Exact Sig. (2-tailed) - $p=0,039$

Conforme a Tabela 53, os estudantes do curso de prótese dentária mudaram significativamente as suas respostas ao nível dos itens 7, 10, 16 e 21.

Na Tabela 55 verifica-se que o número de estudantes que discordavam com o item 7 diminuiu significativamente ($p=0,039$). Em 2011 apenas três dos estudantes referem não se preocupar com a cor da gengiva, enquanto em 2008 mais do triplo destes estudantes que não se importavam com a cor da gengiva.

Tabela 55

Item 7. Eu importo-me com a cor da minha gengiva – estudantes de prótese dentária

Eu importo-me com a cor da minha gengiva (2008)	Eu importo-me com a cor da minha gengiva (2011)	
	Discordo %(n)	Concordo %(n)
Discordo	6%(2)	24%(8)
Concordo	3%(1)	67%(22)

Teste Binomial Exact Sig. (2-tailed) - $p=0,039$

Em 2008, 42,4% dos estudantes do curso de prótese referiram nunca ter recebido orientação profissional em como escovar os dentes, em 2011 esse número reduziu significativamente para 15,2% dos estudantes ($p=0,012$) (Tabela 56).

Tabela 56

Item 10. Nunca recebi orientação profissional de como escovar os dentes – estudantes de prótese dentária

Nunca recebi orientação profissional de como escovar os dentes (2008)	Nunca recebi orientação profissional de como escovar os dentes (2011)	
	Discordo %(n)	Concordo %(n)
Discordo	54,5%(18)	3,0%(1)
Concordo	30,3%(10)	12,2%(4)

Teste Binomial Exact Sig. (2-tailed) - $p=0,012$

Tal como apresentado na Tabela 57, houve um aumento significativo no nº de estudantes que refere ter usado corante para verificar se os dentes estavam limpos, entre 2008 e 2011 ($p=0,021$).

Tabela 57

Item 16. Já usei um “corante” para ver se os meus dentes estavam limpos- estudantes de prótese

Já usei um “corante” para ver se os meus dentes estavam limpos (2008)	Já usei um “corante” para ver se os meus dentes estavam limpos (2011)	
	Discordo %(n)	Concordo %(n)
Discordo	69,7%(23)	27,3%(9)
Concordo	3,0%(1)	0%(0)

Teste Binomial Exact Sig. (2-tailed) - $p=0,021$

Na Tabela 58 verifica-se que em 2011 a percentagem de estudantes de prótese que concordam utilizar o fio dentário pelo menos uma vez por semana, é significativamente maior que a percentagem de 2008 ($p=0,012$). Ou seja, em 2008 24,2% dos estudantes de prótese dentária concordavam com este item e em 2011 essa percentagem subiu para 60,6%. Sendo que 48,5% dos estudantes mudaram o comportamento que tinham 2008.

Tabela 58

Item 21.utilizo fio dentário pelo menos uma vez por semana – estudantes de prótese dentária

Utilizo fio dentário pelo menos uma vez por semana (2008)	Utilizo fio dentário pelo menos uma vez por semana (2011)	
	Discordo %(n)	Concordo %(n)
Discordo	27,3%(9)	48,5%(16)
Concordo	12,1%(4)	12,1%(4)

Teste Binomial Exact Sig. (2-tailed) - $p=0,012$

Conforme na Tabela 53, nos inventários preenchidos pelos estudantes de medicina dentária registou-se uma mudança significativa nas respostas dadas aos itens relativos à utilização de corante e do fio dentário (16 e 21). O aumento do número de estudantes que deixaram de discordar com estes dois itens foi significativo.

Assim, na Tabela 59 verifica-se que 71,4% dos estudantes mudaram as respostas dadas ao item 16 entre 2008 e 2011. Ou seja, passaram a concordar já terem utilizado o corante ao longo destes anos. A alteração na resposta a este item revelou-se estatisticamente significativa ($p<0,001$).

Tabela 59

Item 16. Já usei um “corante” para ver se os meus dentes estavam limpos-estudantes de medicina dentária

Já usei um “corante” para ver se os meus dentes estavam limpos (2008)	Já usei um “corante” para ver se os meus dentes estavam limpos (2011)	
	Discordo %(n)	Concordo %(n)
Discordo	4,8%(1)	71,4%(15)
Concordo	0,0%(0)	23,8%(5)

Teste Binomial Exact Sig. (2-tailed) – $p<0,001$

O mesmo se passou relativamente à utilização do fio dentário, onde 76,2% dos estudantes de medicina dentária mudaram significativamente de opinião passando a concordar usar o fio pelo menos uma vez por semana ($p<0,001$) (Tabela 60).

Tabela 60

Item 21. Utilizo fio dentário pelo menos uma vez por semana – estudantes de medicina dentária

Utilizo fio dentário pelo menos uma vez por semana (2008)	Utilizo fio dentário pelo menos uma vez por semana (2011)	
	Discordo %(n)	Concordo %(n)
Discordo	14,3%(3)	76,2%(16)
Concordo	0,0%(0)	9,5%(2)

Teste Binomial Exact Sig. (2-tailed) – $p<0,001$

Na tabela 53 verifica-se que os estudantes do curso de higiene oral mudaram significativamente as suas respostas em 7 itens do inventário HUDBI (2, 7, 8, 9, 16, 17 e 21).

Conforme se verifica na Tabela 61, 23,1% dos estudantes de higiene oral mudaram a sua resposta ao item 2 em 2011, considerando já não sangrarem das gengivas quando escovam os dentes ($p=0,031$).

Tabela 61

Item 2. As minhas gengivas sangram quando escovo os dentes – estudantes de higiene oral

As minhas gengivas sangram quando escovo os dentes (2008)	As minhas gengivas sangram quando escovo os dentes (2011)	
	Discordo %(n)	Concordo %(n)
Discordo	73,1%(19)	0,0%(0)
Concordo	23,1%(6)	3,8%(1)

Teste Binomial Exact Sig. (2-tailed) - $p=0,031$

Em 2011 todos os estudantes de higiene oral concordam preocupar-se com a cor da gengiva, o que não acontecia em 2008 ($p=0,008$) (Tabela 62).

Tabela 62

Item 7. Eu importo-me com a cor da minha gengiva – estudantes de higiene oral

Eu importo-me com a cor da minha gengiva (2008)	Eu importo-me com a cor da minha gengiva (2011)	
	Discordo %(n)	Concordo %(n)
Discordo	0,0%(0)	30,8%(8)
Concordo	0,0%(0)	69,2%(18)

Teste Binomial Exact Sig. (2-tailed) - $p=0,008$

Distintamente do que acontecia em 2008, os estudantes de higiene oral discordam todos com a afirmação do item 8, tendo 30,8% dos estudantes mudado de opinião ($p=0,008$) (Tabela 63).

Tabela 63

Item 8. Mesmo escovando os dentes diariamente, tenho a impressão que eles estão a piorar - estudantes de higiene oral

Mesmo escovando os dentes diariamente, tenho a impressão que eles estão a piorar(2008)	Mesmo escovando os dentes diariamente, tenho a impressão que eles estão a piora(2011)	
	Discordo %(n)	Concordo %(n)
Discordo	69,2%(18)	0,0%(0)
Concordo	30,8%(8)	0,0%(0)

Teste Binomial Exact Sig. (2-tailed) - $p=0,008$

Conforme a Tabela 64, a maioria dos estudantes (38,5%) que mudaram a sua resposta entre 2008 e 2011 ao item 9, passaram a concordar escovar cada um dos seus dentes cuidadosamente ($p=0,012$).

Tabela 64

Item 9. Escovo cada um dos meus dentes cuidadosamente – estudantes de higiene oral

Escovo cada um dos meus dentes cuidadosamente (2008)	Escovo cada um dos meus dentes cuidadosamente (2011)	
	Discordo %(n)	Concordo %(n)
Discordo	0,0%(0)	38,5%(10)
Concordo	3,8%(1)	57,7%(15)

Teste Binomial Exact Sig. (2-tailed) - $p=0,012$

Segundo a Tabela 65, 73,1% dos estudantes de higiene oral já concordam usar corante revelador de placa, o que não faziam em 2008 ($p<0,001$).

Tabela 65

Item 16. Já usei um “corante” para ver se os meus dentes estavam limpos – estudantes de higiene oral

Já usei um “corante” para ver se os meus dentes estavam limpos (2008)	Já usei um “corante” para ver se os meus dentes estavam limpos (2011)	
	Discordo %(n)	Concordo %(n)
Discordo	3,8%(1)	73,1%(19)
Concordo	0,0%(0)	23,1%(6)

Teste Binomial Exact Sig. (2-tailed) – $p<0,001$

Relativamente ao item 17, 30,8% dos estudantes de higiene oral mudaram de comportamento e, em 2011, referem já não usar escovas com pêlos duros ($p=0,008$) (Tabela 66).

Tabela 66

Item 17. Uso uma escova com pêlos duros

Uso uma escova com pêlos duros (2008)	Uso uma escova com pêlos duros (2011)	
	Discordo %(n)	Concordo %(n)
Discordo	69,2%(18)	0%(0)
Concordo	30,8%(8)	0%(0)

Teste Binomial Exact Sig. (2-tailed) - $p=0,008$

Na Tabela 67, verifica-se que 57,7% dos estudantes alteraram as suas respostas relativas à utilização do fio - 7,7% passaram a discordar e 50% concordam, em 2011, que utilizam o fio dentário pelo menos uma vez por semana ($p=0,007$).

Tabela 67

Item 21. Utilizo fio dentário pelo menos uma vez por semana

Utilizo fio dentário pelo menos uma vez por semana (2008)	Utilizo fio dentário pelo menos uma vez por semana (2011)	
	Discordo %(n)	Concordo %(n)
Discordo	15,3%(4)	50%(13)
Concordo	7,7%(2)	27,0%(7)

Teste Binomial Exact Sig. (2-tailed) - $p=0,007$ **3.5.2.Evoluções nos comportamentos, atitudes e condições de saúde oral no final de 3 anos de frequência universitária**

Considerando os 131 estudantes que constituíram a população final participante no presente estudo, verificou-se uma evolução positiva significativa a nível dos valores obtidos no inventário HUDBI ($p<0,001$) entre 2008 e 2011, e um aumento significativo nos valores médios do índice CPO ($p<0,001$) provocado por um aumento de dentes obturados ($p<0,001$) e perdidos por cárie ($p=0,007$). Também se observou uma diminuição no número de dentes cariados e de valores de IPC, porém, estes dois itens, sem significância estatística (Tabela 47; Figura 21).

Tabela 47

Evolução de comportamentos, atitudes e estado de saúde oral no final de 3 anos de frequência universitária

		MÉDIA	DP	MIN	MAX	Valor de p
HUDBI	2008	6,92	$\pm 1,601$	3	11	0,000***
	2011	7,82	$\pm 1,883$	3	12	
CPO	2008	3,28	$\pm 3,072$	0	11	0,000***
	2011	4,12	$\pm 3,239$	0	16	
D.CARIADOS	2008	0,67	$\pm 1,367$	0	8	0,121
	2011	0,48	$\pm 0,897$	0	4	
D.PERDIDOS	2008	0,13	$\pm 0,502$	0	3	0,007**
	2011	0,25	$\pm 0,853$	0	7	
D.OBTURADOS	2008	2,48	$\pm 2,856$	0	11	0,000***
	2011	3,33	$\pm 3,049$	0	16	
IPC	2008	1,62	$\pm 0,707$	0	2	0,054
	2011	1,44	$\pm 0,834$	0	2	

Wilcoxon Signed Ranks Test, significância($p<0,05^*$, $p<0,01^{**}$, $p<0,001^{***}$)

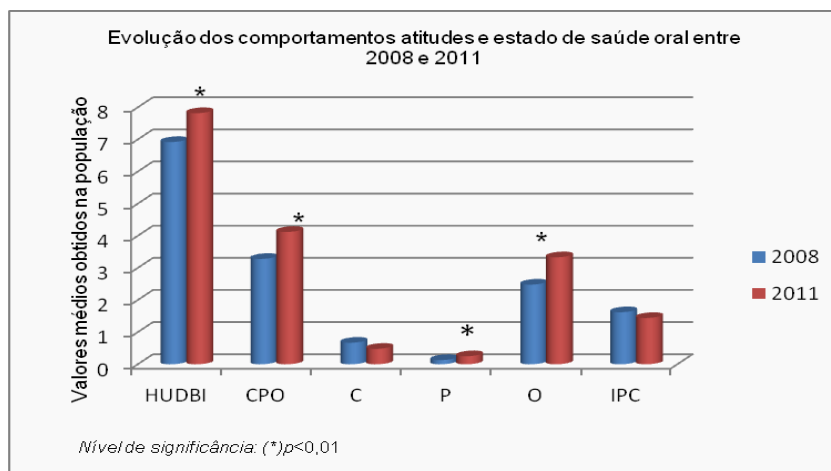


Figura 21. Diferenças nos valores médios do HUDBI, CPO, C,P,O,IPC entre 2008 e 2011

Contudo, conforme apresentado nas Tabelas 48 a 52, encontraram-se diferenças entre os estudantes dos cursos em análise, relativamente aos itens avaliados.

Tabela 48

Evolução dos estudantes de Medicina dentária 2008-2011 (n=21)

		MÉDIA	DP	MIN	MAX	Valor de p
HUDBI	2008	7,62	$\pm 1,431$	4	10	0,003**
	2011	9,05	$\pm 1,244$	7	12	
CPO	2008	2,38	$\pm 2,539$	0	8	0,024*
	2011	3,24	$\pm 2,322$	0	8	
D.CARIADOS	2008	0,38	$\pm 0,973$	0	4	0,496
	2011	0,19	$\pm 0,512$	0	2	
D.PERDIDOS	2008	0,00	$\pm 0,000$	0	0	1,000
	2011	0,00	$\pm 0,000$	0	0	
D.OBTURADOS	2008	2,00	$\pm 2,449$	0	8	0,007**
	2011	3,05	$\pm 2,312$	0	8	
IPC	2008	1,33	$\pm 0,913$	0	2	0,713
	2011	1,24	$\pm 0,944$	0	2	

Wilcoxon Signed Ranks Test, significância ($p < 0,05$ *, $p < 0,01$ **, $p < 0,001$ ***)

Os estudantes dos cursos leccionados na FMDUL aumentaram significativamente os seus valores médios do HUDBI entre 2008 e 2011, contrariamente, embora sem significado estatístico, nos estudantes de psicologia e farmácia esses valores diminuíram.

Tabela 49
Evolução dos estudantes de Higiene Oral 2008-2011 (n=26)

		MÉDIA	DP	MIN	MAX	Valor de p
HUDBI	2008	7,12	±1,681	3	10	0,000***
	2011	9,54	±0,948	8	11	
CPO	2008	4,15	±3,246	0	10	0,011*
	2011	4,85	±3,331	0	10	
D.CARIADOS	2008	1,04	±1,732	0	6	0,057
	2011	0,42	±0,857	0	3	
D.PERDIDOS	2008	0,19	±0,567	0	2	0,063
	2011	0,42	±0,945	0	4	
D.OBTURADOS	2008	2,92	±3,174	0	10	0,045*
	2011	3,81	±3,047	0	10	
IPC	2008	1,73	±0,604	0	2	0,020*
	2011	1,08	±0,935	0	2	

Wilcoxon Signed Ranks Test, significância (p<0,05*, p<0,01**, p<0,001***)

Os valores do índice CPO e do número médio de dentes obturados aumentaram significativamente em todos os estudantes, entre 2008 e 2011.

A diferença entre os valores médios de CPO em 2008 e 2011 sugere o aparecimento de novas cáries. Verificou-se que a média mais elevada de novas cáries foi a dos estudantes de psicologia (1,03), seguida da dos estudantes de prótese (1,0), medicina dentária (0,86), higiene oral (0,70) e por fim farmácia (0,45).

Tabela 50
Evolução dos estudantes de Prótese dentária 2008-2011 (n=33)

		MÉDIA	DP	MIN	MAX	Valor de p
HUDBI	2008	6,61	±1,298	5	10	0,012*
	2011	7,55	±1,301	5	10	
CPO	2008	3,94	±3,211	0	11	0,001**
	2011	4,94	±3,662	0	16	
D.CARIADOS	2008	1,00	±1,299	0	4	0,102
	2011	0,70	±0,951	0	3	
D.PERDIDOS	2008	0,03	±0,174	0	1	0,157
	2011	0,09	±0,292	0	1	
D.OBTURADOS	2008	2,91	±3,195	0	11	0,000***
	2011	4,15	±3,792	0	16	
IPC	2008	1,73	±0,574	0	2	0,361
	2011	1,58	±0,708	0	2	

Wilcoxon Signed Ranks Test, significância (p<0,05*, p<0,01**, p<0,001***)

Entre 2008 e 2011, os valores do IPC diminuíram significativamente nos estudantes do curso de higiene oral ($p=0,020$).

Tabela 51
Evolução dos estudantes de Psicologia 2008-2011 (n=31)

		MÉDIA	DP	MIN	MAX	Valor de p
HUDBI	2008	6,29	$\pm 1,755$	3	11	0,741
	2011	6,16	$\pm 1,655$	3	9	
CPO	2008	2,58	$\pm 2,941$	0	10	0,002**
	2011	3,61	$\pm 3,095$	0	10	
D.CARIADOS	2008	0,55	$\pm 1,609$	0	8	0,478
	2011	0,55	$\pm 1,028$	0	4	
D.PERDIDOS	2008	0,19	$\pm 0,601$	0	3	0,102
	2011	0,45	$\pm 1,338$	0	7	
D.OBTURADOS	2008	1,84	$\pm 2,368$	0	8	0,017*
	2011	2,52	$\pm 2,488$	0	9	
IPC	2008	1,65	$\pm 0,755$	0	2	0,330
	2011	1,52	$\pm 0,851$	0	2	

Wilcoxon Signed Ranks Test, significância ($p<0,05^*$, $p<0,01^{**}$, $p<0,001^{***}$)

Tabela 52
Evolução dos estudantes de Farmácia 2008-2011 (n=20)

		MÉDIA	DP	MIN	MAX	Valor de p
HUDBI	2008	7,45	$\pm 1,504$	5	11	0,747
	2011	7,35	$\pm 1,927$	5	12	
CPO	2008	3,10	$\pm 3,059$	0	9	0,020*
	2011	3,55	$\pm 3,284$	0	10	
D.CARIADOS	2008	0,15	$\pm 0,366$	0	1	0,257
	2011	0,40	$\pm 0,940$	0	4	
D.PERDIDOS	2008	0,25	$\pm 0,786$	0	3	1,000
	2011	0,25	$\pm 0,786$	0	3	
D.OBTURADOS	2008	2,70	$\pm 2,940$	0	8	0,046*
	2011	2,90	$\pm 2,989$	0	9	
IPC	2008	1,55	$\pm 0,686$	0	2	0,132
	2011	1,80	$\pm 0,523$	0	2	

Wilcoxon Signed Ranks Test, significância ($p<0,05^*$, $p<0,01^{**}$, $p<0,001^{***}$)

Em 2008 não foram encontradas diferenças com relevância estatística ($\chi^2=4,437$, $p=0,350$) entre os estudantes dos vários cursos relativamente aos valores de

IPC. Em 2011 os estudantes de psicologia revelaram valores de IPC significativamente superiores aos dos estudantes de medicina dentária ($p=0,035$) e de higiene oral ($p=0,005$). Ainda, os estudantes de higiene oral apresentaram valores de IPC significativamente mais baixos que os estudantes de prótese dentária ($p=0,033$).

Nesta parte do trabalho foram apresentados os principais resultados encontrados no estudo realizado. A Tabela 68 ilustra resumidamente toda a informação recolhida relativa às diferenças encontradas entre os estudantes dos diferentes cursos e as evoluções registadas entre os anos lectivos 2008/2009 e 2010/2011.

Tabela 68
Diferenças e evoluções de HUDBI, CPO, C, P, O, IPC 2008/2009 – 2010/2011

Variáveis		Cursos					DIFERENÇA Valor de p
		Medicina Dentária	Higiene Oral	Prótese Dentária	Ciências Farmacêuticas	Psicologia	
HUDBI	2008	7,62	7,12	6,61	7,45	6,29	$p=0,82$
	2011	9,05	9,54	7,55	7,35	6,16	$p<0,001$
EVOLUÇÃO		$p=0,003$	$p<0,001$	$p=0,012$	$p=0,747$	$p=0,741$	
CPO	2008	2,38	4,15	3,94	3,1	2,58	$p=0,031$
	2011	3,24	4,85	4,94	3,55	3,61	$p=0,221$
EVOLUÇÃO		$p=0,024$	$p=0,011$	$p=0,001$	$p=0,020$	$p=0,002$	
C	2008	0,38	1,04	1	0,15	0,55	$p=0,02$
	2011	0,19	0,42	0,7	0,4	0,55	$p=0,164$
EVOLUÇÃO		$p=0,496$	$p=0,057$	$p=0,102$	$p=0,257$	$p=0,478$	
P	2008	0	0,19	0,03	0,25	0,19	$p=0,439$
	2011	0	0,42	0,09	0,25	0,45	$p=0,124$
EVOLUÇÃO		$p=1,00$	$p=0,063$	$p=0,157$	$p=1,00$	$p=0,102$	
O	2008	2,00	2,92	2,91	2,7	1,84	$p=0,131$
	2011	3,05	3,81	4,15	2,9	2,52	$p=0,325$
EVOLUÇÃO		$p=0,007$	$p=0,045$	$p<0,001$	$p=0,046$	$p=0,017$	
IPC	2008	1,33	1,73	1,73	1,55	1,65	$p=0,350$
	2011	1,24	1,08	1,58	1,8	1,52	$p=0,032$
EVOLUÇÃO		$p=0,713$	$p=0,020$	$p=0,361$	$p=0,132$	$p=0,330$	

4. Discussão

A presente investigação pretendeu perceber os efeitos provocados pela exposição de estudantes a conhecimentos e vivências académicas, durante a sua formação universitária, nos comportamentos, atitudes e condições de saúde oral. Verificando as diferenças e alterações de comportamentos e condições de saúde, relacionados com a saúde oral, entre estudantes universitários, no início da sua formação académica e no final do 3º ano dos seus cursos.

Assim, o planeamento do estudo envolveu a escolha e seguimento de grupos de estudantes expostos a unidades curriculares provedoras de conhecimentos sobre a etiologia, tratamento e métodos de prevenção de doenças orais e grupos de estudantes não expostos a unidades curriculares relacionadas com ciências da saúde oral – durante os seus três primeiros anos de formação universitária.

Os instrumentos de investigação utilizados foram, os mesmos em 2008/2009 e em 2010/2011: O inventário HUDBI, um questionário de rotinas em higiene oral e percepção de estado de saúde oral, ainda um rastreio oral onde foram avaliadas as condições dentárias e periodontais.

Atrição da amostra

No início do ano lectivo 2008/2009, 349 estudantes dos cinco cursos, consentiram participar no estudo e preencheram o inventário de comportamentos e atitudes em saúde oral (HUDBI), de forma válida, em sala de aulas.

No dia do preenchimento dos inventários, os estudantes foram informados da data e hora onde se iriam realizar os exames dentários. Todavia, do total de estudantes que preencheram o inventário HUDBI, somente 64,5% (225) aderiram à participação no exame clínico para avaliação do estado de saúde oral.

Os exames clínicos foram realizados em salas adjacentes àquelas onde os estudantes estavam a trabalhar. Por sugestão de professoras dos conselhos pedagógicos das instituições envolvidas, optou-se por aulas práticas de disciplinas não opcionais, de forma a se abranger a maioria dos estudantes.

Porém, apesar de serem enviadas mensagens electrónicas via internet e SMS (*short message systems*) aos estudantes que não compareceram, a adesão não igualou a do preenchimento do inventário.

Em 2010/2011 o número de participantes diminuiu, colaboraram 131 estudantes dos diferentes cursos. Não participaram os estudantes que não se encontravam no 3º ano dos cursos, por reprovação ou porque se mudaram ou transferiram para outros cursos. Ainda, estudantes que se encontravam a fazer Erasmus no período de recolha de dados.

A perda de participantes ao longo do estudo pode comprometer a validade dos resultados. Todavia, avaliando as características dos participantes que entraram na fase inicial e as dos que participaram em todos os momentos de avaliação, não foram observadas diferenças significativas, o que sugere que as perdas provavelmente não enviesaram os resultados.

Todavia tem de se considerar que esta redução da dimensão da amostra pode diminuir a magnitude de diferenças estatísticas detectáveis entre os grupos de estudantes.

Exames clínicos

Para a avaliação do estado de saúde oral foram realizados os índices clínicos CPO e IPC. Estes índices, ainda que apresentem algumas limitações, são internacionalmente aceites e utilizados, permitindo a sua escolha comparar os resultados do presente estudo com os de outros estudos que envolvam outras populações em épocas e contextos culturais diferentes.

A necessidade de existência de condições logísticas idênticas para a recolha dos dados clínicos poderia constituir um obstáculo à execução do estudo. Tal facto não se veio a verificar, devendo mesmo ser realçada a disponibilidade dos professores dos cursos envolvidos, ao facilitarem a utilização de salas com boas condições de iluminação natural.

4.1. Comportamentos e atitudes em saúde oral

1º Momento de Avaliação 2008/2009

Os dados obtidos em 2008/2009 revelam não existirem diferenças significativas nas atitudes e comportamentos entre os estudantes dos diversos cursos no início da sua formação académica

Os resultados encontrados vão no mesmo sentido do que outros estudos têm mostrado relativamente às diferenças entre estudantes do 1ºano de diferentes cursos universitários (Bono et al., 2006; Dumitrescu, 2006; Kawamura et al., 2000; Kawamura et al., 2005; Komaboyashi T. et al., 2006), estes estudos demonstraram que não existem diferenças entre os jovens da mesma comunidade, que frequentam cursos diferentes. Justificando que os conhecimentos sobre doenças orais são poucos e esta faixa etária da população é motivada para a manutenção dos seus dentes por preocupações estéticas, aparência e para evitarem possíveis dores de dentes.

De facto, em 2008, a maioria dos estudantes revelou preocupações com o mau hálito, a cor dos dentes e da gengiva. Os resultados encontrados foram parcialmente semelhantes aos de Dagli et al. (2008) quando concluíram que os estudantes tinham fracos comportamentos em saúde oral apesar de estarem preocupados com a aparência dos dentes, com a halitose e verificarem sempre no espelho se escovavam bem os seus dentes. Também, os resultados do estudo realizado por Elias (2000), sobre a importância que os adolescentes davam à sua saúde oral, apontaram que a halitose era um dos factores de maior influência na sua saúde oral. Esta condição foi referida como prejudicial para o convívio social dos adolescentes e de influência negativa da sua auto-imagem.

2º Momento de avaliação 2010/2011 –Alterações e evoluções

Os resultados observados em 2011 foram diferentes dos de 2008 pois já se encontraram diferenças significativas entre os estudantes dos cursos em análise relativamente às médias do inventário HUDBI. Globalmente, foram os estudantes da FMDUL que obtiveram as melhores médias de HUDBI.

A evolução dos valores obtidos no HUDBI entre 2008 e 2011 foi diferente entre os estudantes dos cinco cursos. Os estudantes dos cursos leccionados na FMDUL aumentaram significativamente os seus valores médios do HUDBI entre 2008 e 2011. Pelo contrário, nos estudantes de psicologia e farmácia esses valores diminuíram.

Tal como apontado em estudos semelhantes, onde foram confrontados estudantes de cursos de saúde oral com estudantes de outras áreas, as diferenças entre os valores de HUDBI foram-se intensificando ao longo do decorrer dos cursos de ciências da saúde oral, sendo significativamente superiores às dos estudantes das outras áreas ao fim de 3 a 5 anos de frequência académica (Bono et al., 2006; Cavaillon et al., 1982; Cortes et al., 2002; Dagli et al., 2008; Kawamura et al., 2000; Kim et al., 2001; Peker & Alkurt, 2009; Polychronopoulou et al., 2002; Rong et al., 2006).

Kawamura et al. (2000) sugerem que as atitudes e comportamentos em saúde oral melhoram com o aumento dos conhecimentos ao longo do curso. Os autores apontam a provável influência da exposição dos estudantes a conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação - defendendo que o curriculum académico pode ser fundamental para influenciar os comportamentos, atitudes e autocuidado em saúde oral dos estudantes.

Verificou-se não existirem diferenças, com significado estatístico, entre as médias de HUDBI obtidas pelos estudantes dos cursos de medicina dentária e de higiene oral. E, as médias alcançadas por estes estudantes foram significativamente superiores às médias dos estudantes dos cursos de prótese dentária, farmácia e psicologia.

Os resultados são semelhantes aos de um estudo realizado na Jordânia (Al-Wahadi et al., 2004), onde foram confrontados os estudantes de cursos diferentes na área de ciências da saúde oral, e se verificou que os estudantes de medicina dentária e de higiene oral também apresentaram melhores comportamentos e atitudes que os de prótese dentária.

Tal como averiguado por Al-Omari e Hamasha (2005); Dagli et al. (2008); Kawamura et al. (2002) e Levin e Shenkman (2004), as diferenças nas médias de HUDBI relativas aos géneros não tiveram significância estatística em 2008/2009 e em 2010/2011.

4.2. Condições de saúde oral

1º Momento de avaliação 2008/2009

Da população observada, 26,2% não apresentava história de cárie. A percentagem encontrada é sensivelmente mais baixa que a de 28% do Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais aos jovens de 15 anos no ano lectivo de 2005/2006 (DGS, 2008).

Dos estudantes com experiência de cárie, 38% tinham cáries não tratadas a necessitar de atenção. O grupo total de estudantes apresentou um índice de cárie dentária CPO de 3,43, ligeiramente mais alto que o CPO encontrado a nível nacional em 2005 (DGS, 2008), mas ainda dentro do mesmo nível de prevalência moderada, conforme o critério estabelecido pela OMS em 1985.

Os estudantes do presente estudo têm uma idade que os coloca na faixa etária do grupo avaliado pela DGS em 2005/2006, assim os valores são confrontados na Tabela 69.

Tabela 69 –CPO Nacional *versus* CPO do Presente Estudo 2008/2009

	População n	Média Idades	CPO	C	P	O
Estudo Nacional 2005/2006 (DGS, 2008)	885	15	3,04	1,56	0,34	1,14
Presente estudo 2008/2009	225	18,6	3,43	0,64	0,13	2,66

A decomposição do Índice CPOD nos seus componentes permitiu verificar que, em 2008/2009, a média de dentes cariados (C) é menor e são mais os dentes obturados (O) na população deste estudo que na do estudo a nível nacional (DGS, 2008) (Tabela 69). Também se verifica que a média de dentes perdidos é menor.

Esta diminuição de percentagem de dentes perdidos por cárie é um dos objectivos protagonizados pela OMS para o ano de 2020 (Hobdell, Petersen, Clarkson & Johnson, 2003), e os dados encontrados parecem ir nesse sentido.

Os resultados obtidos mostraram que os estudantes do curso de prótese se distinguiram de todos os outros estudantes, pois o número dos que tiveram ou têm cárie dentária ($CPO \geq 1$) foi significativamente mais elevado que todos os outros estudantes.

Na avaliação do periodonto verificou-se que 13,3% da população apresentava um periodonto saudável, 9,3% tinham hemorragia à sondagem e a maioria 77,3% apresentava cálculo em pelo menos um dos sextantes avaliados. Os resultados encontrados estão de acordo com os dados portugueses, onde 80% da população, com 15 anos em 2005, apresentava doenças periodontais. Embora no presente estudo esta percentagem seja mais elevada, ela está de acordo com o relatório da DGS (2008) onde é sugerido que a prevalência de adolescentes com gengivas saudáveis diminui com a idade.

Verificou-se não existirem diferenças significativas entre os estudantes dos cinco cursos em análise, relativamente ao estado de saúde periodontal.

2º Momento de avaliação 2010/2011- Alterações e evoluções

Em 2011, 81,7% dos estudantes tinham história de cárie ($CPO \geq 1$), mais 18,3% que em 2008.

Contrariamente aos resultados encontrados em 2008, a proporção de estudantes com e sem história de cárie é muito semelhante entre os cinco cursos não se tendo encontrado diferenças com significado estatístico entre eles, relativamente ao índice CPO e suas componentes. Os 131 estudantes obtiveram um índice de cárie dentária com um nível de prevalência moderada, $CPO = 4,12$.

Entre os dados recolhidos em 2008 e 2011, observou-se um aumento significativo nos valores médios do índice CPO provocado por um aumento significativo de dentes obturados e perdidos por cárie. Estes resultados foram semelhantes aos publicados por Brusokaite et al. (2003) e Cortes et al. (2002). Autores que concluíram que o número de dentes cariados diminui com os conhecimentos em saúde oral e que os estudantes de medicina dentária se submetem a significativamente mais tratamentos dentários, comparativamente com estudantes de outros cursos.

Embora tenham surgido novas cáries nos estudantes de todos os cursos, somente se verificou uma diminuição de dentes cariados (componente “C”), nos estudantes dos cursos da FMDUL.

Inversamente aos dados recolhidos em 2008, as diferenças relativas ao IPC, entre os estudantes dos cinco cursos, foram significativas.

Considerando a evolução das condições periodontais entre 2008 e 2011, os valores do IPC diminuíram em todos os estudantes da FMDUL.

Resumindo, os resultados demonstram que os estudantes que melhoraram significativamente os seus comportamentos e atitudes entre 2008 e 2011, também melhoraram as suas práticas de higiene oral e consequentemente o seu estado de saúde oral, com a redução de cáries e melhores condições periodontais. O que pode ser consolidado por autores que evidenciam a influência dos comportamentos no estado de saúde (Bennett & Murphy, 1999), sendo um dos principais factores determinantes da mesma (Ogden, 1996).

De acordo com diversos autores que consideram a cárie dentária e a doença periodontal doenças comportamentais, por serem em larga medida prevenidas e minimizadas com a adopção de comportamentos individuais de saúde adequados (Honkala, 1993; Reis & Melo, 2003; DGS 2008), pode-se depreender que a redução dos problemas orais, ao longo dos três anos do estudo, advém dos melhores comportamentos que os estudantes adoptaram neste período.

4.3. Rotinas em higiene oral

1º Momento de avaliação 2008/2009

Em 2008/2009, não foram encontradas diferenças significativas relativas às rotinas em higiene oral entre os estudantes dos cinco cursos em estudo.

Para controlo e manutenção da sua saúde oral, a maioria (65,3%) dos estudantes referiu escovar os dentes 2 vezes por dia, 28,9% fazem-no 3 vezes por dia e 5,8% apenas uma vez por dia. Os resultados encontrados estão em consonância com os de vários estudos realizados em Portugal (DGS, 2008; INE/INSA, 2009; Matos et al., 2006^b).

Tal como Bellamy et al. (2004) e John et al. (2004) referem, também no presente estudo se verificou que o fio dentário é pouco utilizado pelos jovens estudantes.

Verificou-se que este meio auxiliar de remoção de placa bacteriana é utilizado diariamente apenas por 16,4% dos estudantes inquiridos, 7,1% referem utilizá-lo uma vez por semana e, a maioria (76,4%) confirma a não utilização do fio dentário. Resultados que estão em conformidade com os estudos da DGS (2008) e de Kalsbeek (2000).

Também, como nos dados portugueses publicados (INE/INSA, 2009), a maioria dos estudantes inquiridos, referiu recorrer a profissionais de saúde oral para consultas de controlo de saúde oral e 32% fazem-no apenas em fases agudas.

2º Momento de avaliação 2010/2011- Alterações e evoluções

Tal como em 2008/2009, em 2010/2011 as diferenças entre os estudantes dos diversos cursos, relativas à frequência de consultas com profissionais de saúde e frequência de escovagem diária, não apresentaram significado estatístico.

Porém, houve um aumento não significativo na frequência da escovagem dos dentes e significativo na frequência da utilização do fio dentário.

Os resultados referentes à utilização do fio dentário mostraram a inexistência de diferenças, com significado estatístico, entre os estudantes dos três cursos lecionados na Faculdade de Medicina Dentária. Porém, os estudantes dos cursos de psicologia e de farmácia diferenciam-se dos demais pela menor frequência na utilização de fio dentário.

Estes resultados podem indicar interferência da exposição dos estudantes da FMDUL a conhecimentos adquiridos ao longo da sua frequência académica nos diferentes cursos. Conhecimentos que podem ter levado os estudantes a reconhecerem a importância da utilização desta rotina em higiene oral, adoptando-a ou aumentando a sua frequência. Brusokaite et al. (2003) também referem que a prática constante e o desenvolvimento dos conhecimentos dos estudantes se reflectem na sua capacidade de realizarem práticas de higiene oral adequadas.

Dos 131 estudantes inquiridos em 2010/ 2011, 50,4% consideram ter mudado rotinas de higiene oral nos últimos três anos. Sendo significativamente mais os estudantes dos cursos da FMDUL que referem ter mudado as suas práticas.

Os estudantes da FMDUL adoptaram uma escovagem mais meticulosa, com moderação na força de escovagem, aumentaram o tempo de duração da prática e começaram a usar as escovas de dentes mais adequadas para a realização da sua higiene oral. Resultados que mostram que os comportamentos em higiene oral se aperfeiçoam com o aumento dos conhecimentos (Bono et al., 2006; Cavaillon et al., 1982; Cortes et al., 2002; Kim et al., 2001; Peker & Alkurt, 2009; Polychronopoulou et al., 2002), suscitando uma reflexão sobre a provável influência de algumas disciplinas dos planos de estudo nas suas rotinas diárias de higiene oral.

Mais de metade dos estudantes referiu ter realizado tratamentos dentários nos últimos três anos. Nenhum dos estudantes do curso de psicologia e farmácia utilizaram os serviços da FMDUL, referindo o desconhecimento deste serviço público. A divulgação das clínicas da FMDUL deveria ser realizada pela Universidade de Lisboa junto das suas instituições de ensino. Segundo Dooris (2001), as universidades são espaços sociais estratégicos para a promoção de saúde, pela sua potencial contribuição na saúde de grupos populacionais específicos.

Os estudantes da FMDUL que não procuraram estes serviços referiram: horários académicos incompatíveis com as consultas; consultas de alunos muito demoradas e listas de espera muito grandes. Dados que poderão promover uma base de discussão para o planeamento das actividades académicas intercursos.

4.4. Percepção do estado de saúde oral

A maioria dos estudantes inquiridos (64,4%), em 2008/2009, considerou a sua saúde oral “boa” e “muito boa”; apenas 19,1% a julgaram razoável, 4,9% acham que estão em “más condições” e 11,6% “não sabem”. Os resultados obtidos estão em consonância com os de outros estudos realizados a nível nacional, onde maioritariamente os jovens avaliam ter uma saúde positiva, classificando-a de “excelente”, “muito boa” ou “boa” (DGS, 2008; INE/INSA, 2009; Matos et al., 2006^b; Real et al. 2008).

Contrariamente aos estudos acima referidos, onde os jovens do género masculino demonstraram ser sempre significativamente mais positivos que os do

género feminino, no presente trabalho, as diferenças de percepção de saúde oral entre os géneros não apresentaram significado estatístico, nem em 2008/2009 nem em 2010//2011. Em 2010/2011, a percentagem de estudantes que consideraram a sua saúde oral como “boa” ou “muito boa” aumentou, e as dos estudantes que em 2008 se caracterizaram como tendo condições negativas, ou não saberem o seu estado de saúde oral diminuíram.

Apesar da percepção de saúde oral ser considerada uma medida subjectiva (Atchison & Gift, 1997), a percepção e a avaliação de saúde que os jovens fazem de si próprios são importantes para validar a importância que atribuem à saúde oral (DGS, 2008). Por estas razões, foram analisados os fundamentos que levaram os estudantes a caracterizarem a sua saúde oral. Os resultados mostraram que as percepções de 39,2% dos estudantes se relacionaram essencialmente com o estado de saúde que pensam ter, 38% com os comportamentos que têm relativos à sua saúde, 11,3% com sentimentos de bem-estar, 6,2% com aspectos estéticos e 5,2% explicam a sua opção por razões de terceiros.

Ou seja, a maioria das razões apresentadas pelos estudantes tiveram como referência as suas condições clínicas e os comportamentos de higiene oral que têm. O que está de acordo com Jones et al. (2001), quando sugerem que a percepção de um indivíduo sobre a sua saúde oral é determinada pelas suas condições clínicas e pelo impacto da saúde na sua vida diária. E ainda com Almeida e Pereira (2006) quando referem que a percepção de um indivíduo relativa ao controlo que pode exercer sobre o seu comportamento e sobre o seu estado de saúde, é considerada como um dos mais poderosos determinantes das suas atitudes referentes à saúde.

4.5. Relações entre variáveis 2008/2009

Os resultados encontrados em 2008 indicaram que a variância dos valores do HUDBI era explicada em 20,4% pela variância das percepções dos estudantes sobre a sua saúde oral, pela frequência com que referiram ir ao dentista/higienista e ainda com práticas de higiene oral como a escovagem de dentes e a utilização do fio dentário. As correlações positivas indicaram que as atitudes e comportamentos em saúde oral

(HUDBI) são melhores quando as visitas a profissionais de saúde oral são mais frequentes e melhor é a percepção de estado de saúde oral.

Resultados que estão em acordo com os da investigação realizada por Real et al. (2008), sobre a percepção e comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes portugueses, onde se concluiu haver uma forte associação positiva entre comportamentos protectores de saúde e avaliação positiva da saúde. Também, com os resultados de Almeida e Pereira (2006), quando sugerem que a percepção de controlo na saúde, induz a procura de informações, a realização de escolhas, a tomada de decisões e a adopção de comportamentos relativos à saúde.

Quando se procuraram as relações entre as percepções dos estudantes e as suas condições reais de saúde oral, observou-se que a percepção se correlacionou negativamente com o índice IPC e com o número de cáries. Embora não sejam correlações com significância estatística, elas podem indicar uma tendência para que quanto mais cáries e piores são as condições periodontais, menos saudáveis se consideram os estudantes. Foram os estudantes que consideram a sua saúde oral como “má” que apresentam mais cáries, tal como no estudo realizado por Alves e Gonçalves (2009), onde os resultados demonstraram que os indivíduos com cáries avaliavam-se com um grau de saúde oral significativamente inferior ao dos indivíduos que não tinham cáries.

Todavia, no conjunto de estudantes que referiram ter uma saúde oral muito boa ou boa encontram-se 23% de estudantes com cáries por tratar e 81,5% com hemorragia à sondagem e cálculo por remover.

A percepção de uma saúde oral menos positiva associada a um maior número de cáries pode ser explicada pelo impacto da dor de dentes, inerente ao estado da cárie, na qualidade de vida dos jovens (Jones et al., 2001). A não percepção ou valorização de problemas periodontais na autoavaliação de saúde oral dos estudantes, também foi observada por Brunswick e Nikias (1975) quando só encontraram concordância entre as avaliações dos dentistas e a percepção dos adolescentes relativamente ao estado de saúde dentário. No estudo que realizaram, as condições de saúde periodontal também não foram tão bem autoavaliadas nem reconhecidas pelos indivíduos participantes. Outros autores reforçam esta situação, quando referem que a

percepção dos indivíduos relativamente às suas condições de saúde oral é muitas vezes diferente da opinião dos profissionais de saúde (Allen, 2003).

Segundo os resultados do presente estudo, as correlações positivas entre a forma como os estudantes caracterizam a sua saúde oral, as práticas de higiene oral que referiram ter e os valores médios de HUDBI alcançados, mostraram que quanto melhor os estudantes caracterizam a sua saúde oral mais frequentemente utilizam o fio dentário, mais vezes escovam os dentes diariamente, mais frequentemente vão a consultas dentárias e melhores comportamentos e atitudes em saúde oral adoptam.

Conforme alguns estudos concluíram, a percepção de "melhor" saúde oral está directamente relacionada com a procura de serviços especializados, maior número de dentes presentes na boca, menor número de dentes cariados e obturados e melhores condições periodontais (Atchison & Gift, 1997; Clement et al., 2010; Gift et al., 1998; Mathias et al., 1995).

Alves e Gonçalves (2009) reforçam que, com o aumento da percepção da condição de saúde oral, tende a diminuir a prevalência de patologia oral, devido ao aumento de cuidados por parte dos indivíduos.

Quando se procurou a relação entre as atitudes e comportamentos inventariados no HUDBI com o estado de saúde oral, verificou-se a existência de uma relação negativa muito fraca e sem significância estatística entre o CPO e o HUDBI. Ou seja, existe uma ténue orientação para que os comportamentos e atitudes (HUDBI) sejam melhores quanto menor for a história de cáries (CPO). Os resultados vão no mesmo sentido dos de outros estudos (Levin & Shenkman, 2004; Sharda & Shetty, 2009), onde se constatou que baixos valores de CPO se correlacionaram com altos valores de HUDBI, ou seja, baixos níveis de história de cárie dentária estão associados a atitudes e comportamentos em saúde oral mais positivos, sendo a média do CPO dependente da média dos comportamentos inventariados pelo HUDBI.

Na tentativa de se compreender se haveria alguma associação da condição de doença (história presente ou passada de cárie) com os valores de HUDBI, correlacionaram-se as componentes do índice CPO, isoladamente, com os valores de HUDBI. Constatou-se a existência de relações negativas entre os valores de HUDBI e as componentes "C" (dentes cariados) e "P" (dentes perdidos) e positiva com a

componente “O” (dentes obturados). Ou seja os estudantes que têm melhores comportamentos e atitudes apresentam uma tendência para ter mais dentes obturados e os que têm piores comportamentos têm mais dentes cariados e perdidos por cárie.

Embora fracas, as relações entre o HUDBI, os valores máximos de IPC e o nº de sextantes saudáveis, indicam que os problemas periodontais são menores à medida que os comportamentos e atitudes em saúde oral melhoram. Tal como nos trabalhos realizados por Sharda e Shetty (2009) e Kawamura et al. (1993), onde as condições de saúde periodontal (IPC) mostraram ter uma relação inversa com as atitudes e comportamentos dos estudantes (HUDBI).

Os resultados sobre as relações entre as práticas de higiene oral a história de cáries e as condições periodontais revelaram que o índice CPO se correlacionou positivamente com a frequência de escovagem, com a utilização do fio dentário com a frequência de consultas dentárias. Ou seja, embora as correlações sejam consideradas muito fracas, indicam que quanto maior é a história de cáries, maior é a frequência da escovagem, do uso do fio e das consultas no dentista.

Encontraram-se correlações significativas fracas entre as visitas ao dentista e os dentes cariados e os obturados, estas relações indicam que os estudantes que menos vão ao dentista são os que têm mais dentes cariados e os que vão são os que apresentam mais dentes obturados.

Também se encontrou uma correlação positiva, muito fraca, entre a frequência de escovagem e de uso do fio dentário. Mostrando que os indivíduos que mais frequentemente escovam os dentes são os que tendencialmente utilizam mais vezes o fio dentário.

Por outro lado, o IPC relacionou-se negativamente com as mesmas variáveis, ou seja, as condições de saúde periodontais pioram quando diminui a frequência da escovagem, do uso do fio dentário e das visitas aos profissionais de saúde oral. Resultados que se encontram em consonância com as exposições de Axelsson, 2000; Axelsson, 2002; Barenie, Lescke & Ripa, 1976; Hugoson & Koch, 1981; Lindhe, Axelsson & Tollskog, 1975

4.6. Relações entre variáveis 2010/ 2011

Conforme se pode verificar nos dados relativos a 2008/2009, não se observou qualquer influência da variável “curso” em todas as outras variáveis. Já em 2011 o curso surgiu significativamente relacionado com a variância dos valores obtidos no HUDBI, na percepção de saúde oral, na frequência do uso do fio dentário e ainda na variância dos valores observados no IPC.

Estas correlações indicam serem os estudantes da FMDUL que mais vezes utilizam fio, melhores comportamentos e atitudes em saúde oral têm; melhor caracterizam a sua saúde oral e menos problemas periodontais apresentam. Com estes resultados pode atribuir-se aos currícula dos cursos as alterações nos comportamentos e condições de saúde oral dos seus estudantes, podendo contribuir para investigações que questionam a relação causa-efeito e o efeito longitudinal dos currícula académicos nos comportamentos (Hollister & Anema, 2004; Kawamura et al., 2002; Renz et al., 2009) e nas condições de saúde oral dos estudantes (Alm-Omari & Hamasha, 2005).

As relações entre as variáveis mantiveram a mesma orientação, tornando-se mais fortes entre o HUDBI e a frequência da utilização do fio dentário, da escovagem e das consultas a profissionais de saúde oral. Ou seja quanto mais positivas as atitudes e comportamentos relativos à saúde oral mais vezes são postas em prática a escovagem e o fio dentário, e mais frequentes são as consultas dentárias.

Tal como a variável “curso”, também o IPC surgiu como uma nova variável na componente extraída pela análise factorial elaborada. O IPC surgiu significativamente relacionado com o curso, com a utilização do fio dentário e com a percepção de saúde oral.

Com a correlação positiva entre a percepção de saúde oral e o IPC, verificou-se mais uma vez que os problemas periodontais não são bem reconhecidos pelos estudantes como perturbadores do seu bem-estar. Pois a caracterização da sua saúde oral tem tendência a melhorar enquanto as suas condições periodontais pioram, tal como referenciado nos trabalhos realizados por Allen (2003), Brunswick e Nikias (1975).

Os resultados também indicaram que o IPC se relacionou negativamente com as consultas no dentista e com a utilização de fio dentário, ou seja, as condições de saúde periodontais pioram (o IPC aumenta) quando diminui a frequência do uso do fio dentário e a das visitas ao dentista. Os resultados encontrados estão de acordo com a literatura, quando sustenta que a utilização do fio dentário e as consultas regulares a profissionais de saúde oral são comportamentos que ajudam a promover a saúde periodontal (Axelsson, 2000; Axelsson, 2002; Barenie, Lescke & Ripa, 1976; Hugoson & Koch, 1981; Lindhe, Axelson & Tollsog, 1975).

Quando se apurou a relação entre o HUDBI e o CPO, verificou-se que a relação passou de negativa em 2008/2009 para positiva em 2010/2011, todavia, quando correlacionadas as componentes do índice CPO isoladamente, constatou-se a mesma tendência que em 2008/2009. Ou seja, relações negativas com os dentes cariados e perdidos por cárie, e positiva com os dentes obturados. Tal como num estudo realizado em Udaipur (Kumar et al., 2010), estes resultados comprovam que quanto piores são os comportamentos e atitudes para com a saúde oral, mais dentes cariados e perdidos por cárie os estudantes têm. Também, o número de dentes tratados aumenta nos estudantes com comportamentos e atitudes de saúde oral mais positivos.

A relação inversa existente entre os dentes perdidos e a frequência de consultas, indica que quanto menos vezes se vai às consultas mais dentes perdidos por cárie se tem.

Os resultados encontrados estão em conformidade com os resultados das investigações de Abraham et al. (1990), Brown (1996) e Uitenbroek et al. (1989) quando demonstraram que as atitudes e os comportamentos face à saúde oral são determinantes das condições de saúde da cavidade oral.

Conclusões

As conclusões foram organizadas de forma a apresentar gradualmente a execução dos objectivos de investigação propostos e a verificação das hipóteses que orientaram todo o trabalho.

Dos resultados obtidos no presente estudo podem ser tiradas as seguintes conclusões:

- Na confrontação entre os resultados obtidos pelos estudantes dos diferentes cursos, verificou-se não existirem diferenças entre os estudantes relativamente a atitudes e comportamentos em saúde oral no início do 1º ano da sua frequência académica.
- No final, observou-se a existência de diferenças significativas entre os estudantes dos diferentes cursos relativamente a atitudes e comportamentos em saúde oral no 3º ano da sua frequência académica;
- Os estudantes dos cursos de farmácia e de psicologia não demonstraram diferenças nas atitudes e comportamentos em saúde oral entre o 1º e o 3º ano da sua frequência universitária, os seus valores de HUDBI diminuíram ligeiramente, embora sem relevância estatística;
- Por outro lado, os estudantes da Faculdade de Medicina Dentária mostraram ter evoluído efectivamente ao longo dos três anos do estudo, demonstrando comportamentos e atitudes em saúde oral significativamente mais positivos no 3º ano que no 1º ano;
- Ainda, no 3º ano, os estudantes dos cursos de medicina dentária e higiene oral exibiram atitudes e comportamentos mais adequados em saúde oral que os estudantes dos cursos de prótese, psicologia e farmácia;

- Quanto ao estado de saúde oral, constatou-se a existência de diferenças significativas entre os estudantes dos diferentes cursos relativamente ao estado de saúde dentário no 1º ano da sua frequência académica. Os estudantes de prótese dentária apresentaram um CPO significativamente mais elevado que o dos estudantes de medicina dentária e de psicologia. Tendo, os estudantes de prótese significativamente mais dentes cariados que os de medicina dentária. E os estudantes de farmácia significativamente menos dentes cariados que os estudantes de prótese e higiene oral;

- Relativamente ao estado de saúde oral a nível periodontal, constatou-se não existirem diferenças significativas entre os estudantes dos diferentes cursos no 1º ano da sua frequência académica. Sendo que apenas 13,3% da população apresentava um periodonto saudável;

- No final do 3º ano de frequência académica, os resultados encontrados revelaram não existirem diferenças entre os estudantes dos diferentes cursos relativamente ao estado de saúde dentário. Embora novas cáries tenham surgido nos estudantes de todos os cursos, os estudantes da FMDUL submeteram-se a tratamentos diminuindo o nº de cáries nas suas bocas, contrariamente aos colegas dos cursos de farmácia e psicologia – onde o nº de cáries aumentou. Assim as diferenças encontradas em 2008 desapareceram pois os estudantes de prótese e de higiene oral dissolveram as diferenças significativas que tinham com farmácia, psicologia e medicina dentária.

-Foram encontradas diferenças significativas entre os estudantes dos diferentes cursos relativamente ao estado de saúde periodontal no 3º ano da sua frequência académica. Os resultados mostram que a saúde periodontal melhorou em todos os estudantes menos nos de psicologia, que apresentaram significativamente piores condições de saúde que os estudantes de medicina dentária e os de higiene oral. Por outro lado os estudantes de higiene oral mostraram ter significativamente melhores condições que os de prótese dentária. Sendo somente os estudantes de higiene oral que alteraram significativamente as suas condições de saúde periodontal;

- Os resultados demonstraram a existência de relações entre os comportamentos e atitudes em saúde oral e as condições de saúde dentária e periodontal. As correlações negativas e significativas, encontradas em 2008 e em 2011, entre o HUDBI e o IPC e os dentes com cáries apontam a tendência de existirem piores condições periodontais e mais dentes cariados quanto menos positivos forem os comportamentos e as atitudes em saúde oral. Ainda, as correlações positivas e significativas entre o HUDBI e o nº de sextantes saudáveis e os dentes obturados, reforçam a dependência do estado periodontal das atitudes e comportamentos e acrescentam que os indivíduos com melhores comportamentos e atitudes, relativos à saúde oral, têm mais dentes tratados.

- Tanto em 2008 como em 2011, os resultados comprovaram existirem relações entre a percepção de saúde oral e as condições de saúde oral. As correlações significativas entre a forma como os estudantes percebem e caracterizam a sua saúde oral, os valores de IPC, o nº de sextantes saudáveis e o nº de cáries, justificaram que os estudantes se caracterizam melhor quanto menos problemas periodontais e cáries têm.

- Também se encontraram relações significativas entre a percepção de saúde oral e as rotinas em higiene oral. As associações significativas indicaram que os estudantes que melhor caracterizam a sua saúde oral são os que mais vezes procuram acompanhamento por profissionais de saúde oral, sendo também os que mais frequentemente utilizam o fio dentário na sua higiene oral e os que têm comportamentos e atitudes em saúde oral mais positivos.

Neste estudo, averiguou-se que a progressão dos alunos nos cursos do âmbito da saúde oral foi acompanhada por uma evolução positiva dos seus comportamentos, atitudes e condições de saúde oral.

À medida que a vivência no ambiente institucional e a educação específica dos diferentes cursos leccionados na FMDUL se sucederam, os estudantes adquiriram conhecimentos e desenvolveram capacidades que parecem ter influenciado positivamente os seus comportamentos relacionados com a saúde oral e práticas de controlo da mesma.

Apesar dos estudantes de Medicina Dentária e de Higiene Oral terem melhorado significativamente os seus comportamentos e atitudes durante estes três anos de formação, distinguindo-se significativamente dos demais, os seus comportamentos ainda podem ser mais positivos. Estes futuros profissionais deverão estar equipados com conhecimentos, capacidades, atitudes e comportamentos suficientes para a prática de bons cuidados de saúde oral. O seu padrão de atitudes e comportamentos deverá ser exemplar comparativamente com o dos estudantes de outros cursos do ensino superior.

Seguidamente, com o estudo III, pretendeu-se compreender, através das percepções dos estudantes, o que os influenciou e levou e às suas mudanças de comportamentos e condições de saúde oral.

CAPITULO VI

ESTUDO III – FACTORES RESPONSÁVEIS POR ALTERAÇÕES NOS COMPORTAMENTOS E CONDIÇÕES DE SAÚDE ORAL – NA PERSPECTIVA DOS ESTUDANTES DA FMDUL

Introdução

As desigualdades encontradas no Estudo II, relativamente às mudanças de comportamentos, entre os estudantes dos cursos da FMDUL, levaram a que se considerasse as sugestões de vários estudos científicos quando referem que essas diferenças poderão ser consequência da aquisição de conhecimentos ao longo da formação académica e da vivência clínica durante as actividades dos cursos (Dagli et al., 2008; Kawamura et al., 2000; Rong et al, 2006).

Pretendeu-se então compreender se, na perspectiva dos estudantes, as estruturas curriculares dos cursos em ciências da saúde oral influenciaram os seus comportamentos, atitudes e auto-cuidado em saúde oral.

Ainda, de que forma o ambiente académico da FMDL poderá ter contribuído para alguma mudança de comportamentos em saúde oral desses mesmos estudantes. Percebendo-se que os comportamentos podem ser determinados não só pelos conhecimentos, atitudes, valores, crenças e capacidades mas também por factores externos presentes no meio ambiente no qual os indivíduos estão inseridos (Volkart, 1982).

O objectivo deste estudo foi apreender percepções dos estudantes em relação à sua saúde oral e a influência da sua estadia na Faculdade na mesma. E, aprofundar

questões geradas pela avaliação quantitativa, de comportamentos e condições de saúde oral, obtidas no estudo II.

Optou-se por uma abordagem qualitativa de grupo-focal. Geralmente, este método é utilizado para entender as diferentes percepções e atitudes acerca de um acontecimento, prática, produto ou serviço (Krueger, 1988). Consiste na interação entre vários participantes a partir de tópicos que são fornecidos pelo investigador (que é o moderador do grupo) (Morgan, 1988). A conversa que ocorre durante a entrevista procura estimular e gerir a quantidade e qualidade da informação que cada participante produz.

Tipicamente, o grupo-focal é composto por um conjunto de participantes com características comuns associadas ao tópico a ser estudado.

A duração normal deste método de investigação é de uma hora e meia, embora o decurso da entrevista e os dados recolhidos a partir deste instrumento dependam em muito da capacidade discursiva dos indivíduos convidados a dar o seu testemunho (Krueger, 1988; Morgan, 1988).

Krueger (1988), Morgan (1988) e a organização mundial da saúde (WHO, 1992) recomendam que nos estudos onde se utilizem grupos-focais, as discussões sejam repetidas várias vezes com diferentes grupos, visando a identificar tendências e padrões na percepção do que se definiu como foco da investigação.

1. Questões de Investigação e objectivos do estudo

As questões de investigação do presente estudo foram:

- Qual a posição dos estudantes face aos conhecimentos sobre comportamentos em saúde oral transmitidos/adquiridos no curso?
- Que factores levam os estudantes a realizarem, ou não, tratamentos curativos e/ou preventivos de saúde oral?
- Quais os factores que levam os estudantes a cumprirem, ou não, comportamentos exemplares em higiene oral?
- Quais as concepções dos estudantes relativas ao ambiente e aos serviços de saúde disponibilizados pela FMDUL?

Perante estas questões foram formulados os seguintes objectivos de investigação:

1. Apreender percepções dos estudantes relativamente aos seus comportamentos em saúde oral;
2. Reconhecer as suas intenções de mudança de comportamentos;
3. Identificar as suas preocupações em saúde oral.
4. Identificar a influência do plano de estudos dos cursos nos seus comportamentos em higiene oral e condições de saúde oral.
5. Identificar a influência do ambiente da Faculdade nos seus comportamentos em higiene oral e condições de saúde oral.

2. Método

2.1. Participantes

As entrevistas foram realizadas com estudantes dos cursos de ciências da saúde oral da FMDUL. Estudantes do 3º ano das licenciaturas em higiene oral e prótese dentária (final dos cursos) e do 3º ano do mestrado integrado em medicina dentária (final do 1º ciclo de estudos).

Com o curso de Medicina Dentária os estudantes ficam preparados para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças da boca e dos dentes.

No curso de Higiene Oral os estudantes são preparados para administrar cuidados de prevenção em higiene oral a pacientes de todas as idades, incluindo deficientes e colaborar com os membros das equipas de saúde no planeamento, execução e avaliação de programas de saúde comunitários.

Quando terminarem os seus cursos, como médicos dentistas e higienistas orais, terão um papel directo e muito importante na saúde oral da população, actuando ao nível da prevenção de problemas orais e promoção da saúde oral.

Os estudantes do curso de Prótese Dentária são preparados para executar e reparar todos os tipos de próteses dentárias, para que a função, o conforto e a estética dos pacientes sejam recuperados ou melhorados.

Independentemente do curso e da especificidade do seu plano de estudos, a FMDUL proporciona aos seus estudantes: consultas de higiene oral, de tratamento dentário e de manutenção de saúde oral gratuitas. Estas facilidades de acompanhamento médico - dentário e promoção de saúde oral proporcionadas pela FMDUL aos seus estudantes, estão em sintonia com algumas das prioridades sugeridas no Plano Nacional de Saúde 2004/2010 publicado pela Direcção Geral da Saúde², nomeadamente: na prioridade de se criarem contextos ambientais conducentes à saúde; na de se promoverem comportamentos saudáveis e ainda, conforme enunciado no mesmo documento:

“Combater as causas subjacentes às principais doenças relacionadas com os estilos de vida é uma grande prioridade de acção, tal como a sensibilização dos profissionais de saúde para promover comportamentos saudáveis junto dos utentes com quem estabelecem contacto, é uma medida com um potencial elevado de ganhos em saúde” (...). (p.88)

Assim, para a realização das entrevistas de grupo-focal foram solicitados indivíduos com características idênticas relativas aos assuntos em foco, garantindo um precedente confortável para a troca de experiências e opiniões.

As entrevistas foram realizadas a seis grupos intencionais de estudantes dos cursos de higiene oral, prótese e medicina dentária (2 grupos de cada curso).

Foram estabelecidos dois grupos diferenciados pelas características comuns que apresentaram nos dados recolhidos no Estudo II, relativos ao reconhecimento de alteração de hábitos de higiene oral ao longo dos três anos de curso:

Grupo I - Estudantes que não adoptaram melhores comportamentos em higiene oral;

Grupo II – Estudantes que adoptaram melhores comportamentos em higiene oral.

Assim foram formados três grupos de estudantes que assumiram não ter alterado qualquer hábito na sua higiene oral diária (um grupo de cada curso) e outros três grupos que consideraram ter modificado hábitos ao longo dos três anos de curso (um grupo por curso).

² PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde.

Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. Vol. I - Prioridades, 88 p. consultado a 14/3/2007 em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_714.html

Participaram nesta fase do estudo 24 estudantes distribuídos por 6 grupos focais com uma média de idades de 19,45 anos (Max=21, Min=19, Dp=±0,07). Cada grupo foi constituído por 4 estudantes (1 do género masculino e 3 do feminino).

A sua participação foi voluntária, com o adequado consentimento informado, e foi assegurada a confidencialidade dos resultados individuais.

2.1.1.Estruturas curriculares dos cursos em ciências da saúde oral

O Mestrado Integrado em Medicina Dentária

De acordo com a estrutura curricular do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, publicado em Diário da República³, a área científica dominante é a das ciências morfofuncionais e patológicas. Embora as áreas científicas descritas sejam todas vocacionadas para a saúde oral, verifica-se a existência de áreas que focalizam o seu círculo de conhecimentos essencialmente em torno de comportamentos em saúde, das doenças orais e da sua prevenção. Nomeadamente: a área das ciências dentárias preventivas e conservadoras (CDPC); a das ciências sociais, humanas e da educação (CSHE); e a das ciências de reabilitação oral (CRO). Também, devido às características temporais do presente trabalho, centralizou-se a atenção nas unidades curriculares leccionadas apenas no 1º ciclo de estudos deste mestrado, visto que a conclusão deste 1º ciclo confere o grau de licenciado em Ciências Básicas da Saúde Oral aos estudantes.

Dentro da área das CSHE encontram-se unidades curriculares como a “Saúde Pública”, a “Sociologia” e a “Psicologia”, que são leccionadas ao longo do 1º e 2º ano do curso e que tentam desenvolver competências nos estudantes ao nível da promoção da saúde oral dos indivíduos, das famílias e dos grupos na comunidade; da compreensão da complexa interacção entre saúde oral, nutrição, saúde geral, fármacos e doenças que possam ter impacto nos cuidados de saúde oral e doenças orais; no conhecimento da prevalência das condições dentárias comuns em Portugal e da importância das medidas preventivas baseadas na comunidade; no reconhecimento

³ Diário da República, 2ªSérie – nº102 – 27 de Maio de 2009.Pg: 21203-21206.

dos factores sociais, culturais e ambientais, que contribuem para a saúde e doença; na identificação dos factores psicossociais que contribuem para o início ou manutenção de doenças ou disfunções dentárias, orais e faciais e dos mecanismos pelos quais se processa essa influência; na aplicação de modelos explicativos de comportamentos de saúde para a construção e implementação de programas e actividades de promoção da saúde oral; na identificação de barreiras à adesão e formas de não adesão; e na selecção e implementação de estratégias promotoras da adesão ao tratamento e recomendações.

Ainda no final do 2º ano surge a unidade curricular de “Medicina Dentária Preventiva e Comunitária” pertencente à área científica das CDPC, esta disciplina acompanha os estudantes ainda no 3º ano do curso, e pretende proporcionar-lhes conhecimentos que lhes desenvolvam atitudes e permitam práticas individuais e comunitárias da medicina dentária preventiva e da promoção da saúde oral no âmbito das doenças do complexo oro-maxilofacial.

Dentro das Ciências da Reabilitação Oral (CRO), no 3º ano, é leccionada a “Introdução à Clínica Médica Dentária”.

A Licenciatura em Higiene Oral

A estrutura curricular da licenciatura em higiene oral descrita em Diário da República⁴ apresenta algumas áreas científicas e unidades curriculares comuns às do mestrado integrado em medicina dentária e a sua área científica dominante também é a das ciências morfofuncionais e patológicas. Tal como em medicina dentária, as áreas científicas da licenciatura são todas vocacionadas para a saúde oral. Contudo, neste trabalho focalizou-se maior atenção naquelas em que o seu âmbito de conhecimentos se evidencia em torno de comportamentos em saúde, das doenças orais e da sua prevenção. Mais especificamente nas disciplinas de Saúde Pública, Psicologia, Sociologia, Higiene Oral e Higiene Oral Escolar e Comunitária.

Os estudantes de higiene oral assistem em conjunto com os de medicina dentária a várias unidades curriculares, entre elas as de “Psicologia”, “Sociologia” e

⁴ Diário da República, 2ª Série – nº102 – 27 de Maio de 2009. Pg: 21207-21209.

“Saúde Pública” devendo adquirir as mesmas competências mencionadas para os estudantes de medicina dentária.

A área científica de Ciências da Higiene Oral (CHO) é específica desta licenciatura e abrange as unidades curriculares de “Higiene Oral” e “Higiene Oral Escolar e Comunitária” que acompanham os estudantes ao longo dos três anos de formação. É objectivo, destas unidades curriculares, a preparação teórica e prática dos alunos para exercerem a sua profissão a nível clínico e comunitário. No final do primeiro ano a aprendizagem dos estudantes é orientada para adquirirem as seguintes competências: reconhecimento dos meios de diagnóstico básico de saúde oral individual e comunitário; identificação de estratégias de educação para a saúde oral a adoptar de acordo com o diagnóstico feito.

Logo no princípio do 1º ano os estudantes iniciam as práticas clínicas com o treino de exames preliminares de diagnóstico e de educação e promoção de saúde oral uns nos outros. No 2º semestre inicia-se o contacto com os primeiros utentes da clínica.

No final do segundo ano a aprendizagem dos estudantes é focalizada para as seguintes competências: diagnosticar as principais doenças orais; efectuar tratamentos de higiene oral; aplicar medidas preventivas e de promoção de saúde adequadas às necessidades individuais e comunitárias.

A actividade clínica passa a ser realizada em crianças, jovens e adultos jovens. O estudante tem que efectuar o diagnóstico individual e estabelecer um plano de tratamento adequado.

Na actividade comunitária o estudante inicia a sua actividade no âmbito da saúde escolar, através da implementação do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral da Direcção-Geral da Saúde (DGS).

No final do terceiro ano ambiciona-se que os estudantes adquiram as seguintes competências: planear, implementar e avaliar estratégias dirigidas a diferentes grupos de risco em saúde oral; executar técnicas complementares de higiene oral.

No 3º ano as experiências pedagógicas clínicas dos estudantes centram-se no tratamento de pacientes complexos, medicamente comprometidos e/ou com maior grau de dificuldade

No estágio comunitário os estudantes efectuam a sua formação em contexto de trabalho em Centros de Saúde de acordo com o planeamento estabelecido em colaboração da Direcção Geral da Saúde.

A Licenciatura em Prótese Dentária

A licenciatura em Prótese Dentária pretende preparar profissionais para, em laboratório, executarem e repararem todos os tipos de próteses dentárias, utilizando os produtos, materiais, técnicas e procedimentos de acordo com as prescrições e indicações dos médicos dentistas ou estomatologistas, para que a função, o conforto e a estética dos pacientes sejam recuperados ou melhorados.

Segundo a estrutura curricular desta licenciatura⁵ a área científica predominante é ciências da prótese dentária. No entanto, existem unidades curriculares comuns aos cursos de higiene oral e medicina dentária na área de ciências sociais, humanas e de educação (CSHE), nomeadamente, a “Saúde Pública” e a “Sociologia”. Estas unidades curriculares permitem-lhes obter conhecimentos sobre os princípios em que se fundamentam a Saúde Pública e os modelos de sistemas de saúde; conhecer o Sistema Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Saúde e o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral; compreender a dinâmica e distribuição da saúde e doença na comunidade e os seus determinantes; saber interpretar os principais indicadores demográficos e de saúde de uma população e conhecer os fundamentos das estratégias de promoção de saúde.

2.2. Instrumentos

Foi construído um guião de entrevista para identificar factores que levam os estudantes da FMDUL a melhorar, manter ou piorar as suas condições orais, as suas atitudes e os seus comportamentos relativos à saúde oral (Apêndice 6).

Na elaboração do guião das entrevistas de grupo-focal teve-se em consideração os procedimentos recomendados na literatura (Bogdan & Biklen, 1994).

⁵ Diário da República, 2ªSérie – nº102 – 27 de Maio de 2009.Pg: 21209-21211.

Tratando-se de apreender percepções dos participantes relativamente aos seus comportamentos, às suas intenções de mudança, à sua saúde oral e à influência da sua estadia na Faculdade com a mesma, a construção do guião de entrevista abarcou quatro grandes dimensões perceptivas, que, embora distintas, se apresentam relacionadas:

- Identificar a posição dos estudantes face aos conhecimentos de saúde transmitidos/adquiridos no curso;
- Obter elementos que permitam identificar factores que levaram os estudantes a realizarem ou não tratamentos curativos e/ou preventivos de saúde oral;
- Reconhecer factores que levam os estudantes a cumprirem ou não comportamentos exemplares em higiene oral.
- Identificar as concepções dos estudantes relativas aos serviços de saúde disponibilizados pela FMDUL.

O guião da entrevista foi composto com quatro blocos temáticos, cada bloco contém um conjunto de questões a abordar para atingir alguns objectivos específicos.

No Bloco A procurou-se legitimar a entrevista, através da apresentação do problema e das características comuns a todos os intervenientes. Assegurando-se do carácter anónimo das informações prestadas e motivando os entrevistados a colaborar na realização da investigação através do seu depoimento.

O Bloco B diz respeito à forma como os estudantes encaram os conhecimentos sobre comportamentos em saúde oral que adquiriram ao longo do curso e identificar se os conhecimentos influenciaram algumas das suas práticas diárias em saúde oral. Também se pretendeu reconhecer se alguma vez tiveram intenção de mudança, o que lhes despertou essa intenção e porque mudaram as suas práticas ou não.

No Bloco C pretendeu-se reconhecer factores que levaram ou não à realização de tratamentos dentários, identificando as maiores preocupações relativamente à sua saúde oral e razões que os levaram a tratar ou não da sua boca. Tal como o reconhecimento das necessidades que sentiram de realizar ou não esses tratamentos.

O Bloco D tentou evidenciar os factores que levaram os estudantes a realizarem ou não realizarem comportamentos exemplares em higiene oral. Reconhecendo o que pensam dos vários métodos que aprenderam ao longo do curso e como os aplicam na sua vida diária.

2.2.1. Validação de conteúdo do guião da entrevista para verificação da adaptabilidade ao assunto em foco

O conceito de validade é abordado como sendo o grau em que um instrumento se mostra apropriado para analisar o que supostamente deveria medir. Assim, quando se submete um instrumento ao procedimento de validação, na realidade não é o instrumento em si mesmo que está a ser validado, mas sim o propósito para o qual se pretende utilizar (Keeves, 1990).

A validade de instrumentos de recolha de dados pode ser realizada de várias formas. Pode trabalhar-se com a validade de conteúdo, a relacionada a um critério e a do constructo (Cassiani, 1987). Para o guião das entrevistas, utilizou-se a abordagem relativa à validade de conteúdo, a qual está relacionada com a adequação da amostra à área de conteúdo a ser medida, sendo relevante em pesquisas para medir o conhecimento sobre um determinado assunto (Polit & Hungler, 1995).

A validade de conteúdo é forçosamente baseada no julgamento, não havendo meios objectivos de o fazer. Alguns autores (Cassiani, 1987; Polit & Hungler, 1995) sugeriram que um grupo de peritos analise o instrumento e o avalie.

Então, para a validação do conteúdo deste instrumento de pesquisa, o guião foi distribuído por um grupo de peritos constituído por dois higienistas orais e uma psicóloga. Foi então feita a análise e julgamento do conjunto de itens, verificando se eram abrangentes e representativos do assunto em foco.

2.3. Procedimentos

Os grupos foram constituídos em Abril de 2011 e as entrevistas realizadas ao longo dos meses de Maio e Junho, consoante disponibilidade de estudantes. Os grupos focais reuniram-se em salas de aulas ou de reuniões da instituição, com disposição de

cadeiras em semi-círculo. A duração de cada grupo-focal oscilou entre os 60 e os 90 minutos.

Cada discussão foi iniciada por uma breve introdução onde foram apresentados os objectivos da actividade, assegurada a confidencialidade e solicitada a gravação da discussão.

Devido à grande quantidade de informação obtida, mediante a utilização desta metodologia, utilizou-se o gravador do computador, de forma registar o diálogo produzido. A transcrição da discussão ocorrida em cada grupo foi efectuada textualmente, para posteriormente ser possível proceder à sua análise temática e categorial (Apêndice 7).

2.3.1. Análise de dados

Relativamente à análise dos dados, todas as gravações dos grupos focais foram transcritas de modo a facilitar o seu tratamento e análise. Após a transcrição das discussões, os dados obtidos foram alvo de uma análise do conteúdo temático de cada um dos grupos focais, onde se pretendeu reduzir o texto a segmentos com significado. Nesta análise identificaram-se semelhanças e diferenças nos discursos dos estudantes que participaram nos diversos grupos.

Tendo em vista a interpretação, descrição e sistematização do conteúdo das entrevistas, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo, tal como é definida por Bardin (2004), para levar a cabo procedimentos descritivos e inferenciais. Segundo o autor, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que, através de procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, visa obter indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Da análise realizada emergiram 11 categorias e 21 subcategorias de indicadores. No Quadro 1 apresentam-se as categorias, consideradas como principais temas de análise e respectivas sub-categorias.

Quadro 1
Categorias e subcategorias de análise

I - Posição dos estudantes face aos conhecimentos transmitidos/adquiridos no curso.	
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
A transmissão de conhecimentos sobre comportamentos em saúde oral	Unidades curriculares onde sentiram ter adquirido conhecimentos para comportamentos saudáveis
	O que os despertou para possíveis alterações de comportamentos
O que mudou com conhecimentos adquiridos	Nada
	Na escovagem de dentes
	No uso do fio
	No âmbito profissional
Intenção de mudar comportamentos	Unidades curriculares
Sessão de vontade de mudar	Experiências pessoais
Influência para alteração de comportamentos	Professores/ Pares
	Profissionais
	Família
	Ambiente universitário
	Auto percepção
II - Factores que levaram os estudantes a realizar, ou não, tratamento curativos e/ou preventivos em saúde oral.	Estética
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Preocupações dos estudantes relativas à sua saúde oral	Saúde
	Estéticas
	Higiene
Razões para usar serviços clínicos da FMDUL	
Razões para não usar serviços clínicos da FMDUL	
III - Factores que levaram os estudantes a realizar, ou não, comportamentos exemplares em higiene oral.	
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Frequência da escovagem de dentes	
Utilização do fio dentário	
Razões que justificam práticas de higiene oral dos estudantes	Saúde
	Estéticas
	Profissionais
	Higiene

3.Apresentação e Discussão de Resultados

Considerando o discurso produzido na sua totalidade, verificou-se a existência de linhas distintas de pensamento entre os estudantes dos diferentes cursos. Relatos verbais (indicadores) dos estudantes ilustram que a maioria dos estudantes de higiene oral que consideram ter modificado comportamentos em saúde oral, fizeram-no para prevenir doenças orais e serem modelos para os seus pacientes:

” Antes eu lavava os dentes por razões estéticas, agora associo mais à prevenção de doenças...” (HO-A)

“ O nosso sorriso como higienista pode transmitir às pessoas que os cuidados resultam.” (HO-A)

Os estudantes de medicina dentária que mudaram de hábitos referiram recuar, maioritariamente, a necessidade de realizar tratamentos dentários invasivos e as consequências das doenças orais:

“ Cuidar da boca para evitar tratamentos agressivos”(MD-A)

“ ...para não termos aquelas consequências horríveis, aquelas cáries...aquelas bocas...as consequências...”(MD- A)

Os estudantes do curso de prótese dentária que modificaram hábitos de higiene fizeram-no maioritariamente para não virem a usar próteses dentárias:

“ Só não quero pôr próteses” (PD-A)

“ ...tem de ser para ficar com boca fresca e não ter de substituir peças dentárias” (PD-A)

Aparentemente, estes discursos levam a que se entenda que os estudantes admitem ter aderido a comportamentos mais saudáveis por se terem apercebido da sua susceptibilidade a problemas de saúde oral, acreditando que os seus novos comportamentos possam prevenir “consequências horríveis”, e a futura “substituição de peças dentárias”. O que é consistente com o Modelo de Crenças na Saúde quando sugere que os comportamentos saudáveis são racionalmente determinados pela percepção da vulnerabilidade dos indivíduos às ameaças à sua saúde (Rosenstock, 1974).

No entanto, para investigar detalhadamente o conteúdo das entrevistas, foram determinadas categorias de análise, dentro de cada bloco temático.

Assim foi criado um sistema composto por categorias, consideradas como temas principais de análise, e respectivas subcategorias que permitiram organizar as reflexões dos diversos entrevistados.

3.1. Posição dos estudantes face aos conhecimentos de saúde transmitidos /adquiridos no curso

O primeiro bloco temático disse respeito à forma como os estudantes reconhecem os conhecimentos sobre comportamentos em saúde oral que lhes foram transmitidos ao longo do curso e pretendeu identificar se os conhecimentos influenciaram algumas das suas práticas diárias em saúde oral.

Também se ambicionou reconhecer se os estudantes alguma vez tiveram intenção de mudança, o que lhes despertou essa intenção e porque mudaram as suas práticas ou não (Quadro 2).

Quadro 2

Posição dos estudantes face aos conhecimentos sobre comportamentos em saúde transmitidos/adquiridos no curso

POSIÇÃO DOS ESTUDANTES FACE AOS CONHECIMENTOS SOBRE COMPORTAMENTOS DE SAÚDE TRANSMITIDOS/ ADQUIRIDOS NO CURSO			Entrevistas	MD (A)	MD (B)	HO (A)	HO (B)	PD (A)	PD (B)	U.E.	U.R.	U.R./U.E.
CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO (Unidades de frequência e de enumeração)									
Considerações sobre a transmissão de conhecimentos sobre comportamentos em saúde oral	Unidades curriculares onde sentiram ter adquirido conhecimentos para comportamentos saudáveis	Periodontologia		1				2		2	3	1,5
		Medicina preventiva		1						1	1	1
		Imagiologia	1							1	1	1
		Microbiologia						1		1	1	1
		Higiene oral				4	2			2	6	3
		Nenhuma						2	1	2	3	1,5
		Durante o 1º ano escassos		4						1	4	4
	O que os despertou para possíveis alterações nos comportamentos	1ºs pacientes nas práticas de higiene oral				4	2			2	6	3
		Consequências de doenças	4							1	4	4
		Ver a placa bacteriana nas nossas bocas com corante				2	3			2	5	2,5
		Os problemas orais	2							1	2	2
		Consequências de não lavar dentes					1			1	1	1
		Vamos apanhando daqui e dali						2	2	2	4	2
		Informação informal							2	1	2	2

U.E. Unidades de Enumeração; U.R. unidades de registo

3.1. 1.Considerações sobre a transmissão de conhecimentos sobre comportamento em saúde oral ao longo dos cursos

Quando questionados sobre o que pensavam da transmissão de conhecimentos sobre comportamentos em saúde oral ao longo o curso que estão a frequentar, os estudantes de medicina dentária referiram algumas unidades curriculares (periodontologia, imagiologia e medicina preventiva) onde sentiram que lhes foram sugeridos comportamentos que evitassem problemas de saúde oral porque eram apresentadas consequências de falta de higiene oral.

“Eu acho que é importante, eu acho que há muita coisa que nós se calhar não tínhamos noção nem dávamos importância e agora depois de vermos certas consequências, pronto as muitas consequências fazem-nos pensar ter outros cuidados e outros comportamentos que não tínhamos dantes.” (MD - A).

Todavia, a maioria destes estudantes (MD-B) sentiu que, durante a frequência do 1º ano de curso, esses conhecimentos foram muito escassos e eram muito necessários. Os estudantes referiram aprender a teoria sobre as consequências e os factores de risco das doenças orais, mas não saberem muito bem o que fazer e como fazer com essa informação.

“Durante o primeiro ano foram muito escassos, quase nada...as pessoas perguntavam-me coisas tipo:”-ah estás em medicina dentária o que é que tu sabes disto ou daquilo...o que é que isto é? O que devo fazer? Como é que posso melhorar?...e eu nunca tinha ouvido falar de dentes na minha vida, só em morfologia dentária e mesmo assim não dava para explicar nada tinha poucas coisas que se pudessem aplicar...”(MD-B)

“ Logo no princípio temos disciplinas muito nucleares, eu sei que fazem falta...-mas era preciso disciplinas mais direccionadas e práticas para nos estimular... eu às vezes até me perguntava o que é que estou aqui a fazer ...e se gostamos ou não disto...” (MD-B)

“ Só mais com perio e preventiva, no 3º período é que começamos a saber mais qualquer coisa, mas só aprendemos mais factores de risco, mas não sabemos aconselhar as pessoas...”(MD-A)

Os estudantes do curso de prótese dentária referiram, ao longo das entrevistas, que não tiveram nenhuma unidade curricular que lhes transmitisse conhecimentos sobre comportamentos em higiene oral.

“Não há...., acho que é claro que há sempre conhecimentos que vamos aprendendo e apanhando aqui e ali, mas nunca tivemos uma aula de propósito que nos transmitisse conhecimentos...” (PD-B)

Tal como os estudantes de medicina dentária, estes contaram que por vezes se sentiram estimulados para a mudança de comportamentos, pelas consequências de problemas orais apresentadas nalgumas disciplinas.

“Esporadicamente, em algumas disciplinas, por exemplo em microbiologia a professora falou umas certas coisas que me despertaram, as pessoas apercebem-se de umas coisas aqui e ali,...e quando estamos a estudar vimos umas ou outras coisas importantes....mas nunca tivemos tudo junto na mesma disciplina ou numa aula que fosse matéria sobre tudo..(PD – A)

Todavia, sem conhecimentos teóricos sobre comportamentos efectivos, estudantes de prótese referem que, ao fim de três anos, ainda não sabem se escovam bem os dentes.

“Nunca aprendemos cuidados que se devem ter com a boca. Nunca, teóricos não...ainda não sei se lavo bem os dentes... eu vou lavando.” (PD-B)

Os indicadores com mais unidades de registo revelam que os estudantes do curso de higiene oral consideraram a unidade curricular “higiene oral - prática” como a que lhes transmitiu ensinamentos de comportamentos em saúde oral. Estes estudantes fizeram frequentes referências às aulas práticas com os primeiros pacientes e à visualização de placa bacteriana nos próprios dentes, como factores que os despertaram para a mudança dos seus comportamentos em higiene oral.

“Eu acho que no 1º ano deram-nos as ideias do que devíamos fazer, do que era correcto e não, depois, nos anos a seguir nós deparamo-nos com os pacientes e reparamos que se não fizemos as coisas... é isto que vai acontecer, vemos por nós próprios que de facto faz sentido termos cuidados... e com a própria experiência se não os tivermos ficamos assim, é com os pacientes que verificamos a verdade desses conhecimentos que nos deram.” (HO-A)

“O que ainda me puxou mais foi o ver quando os pacientes faziam o que nós dizíamos, e quando eles melhoravam as coisas faziam mais sentido, a teoria ganhou sentido” (HO-A)

“O contacto com os pacientes e ver os problemas deles dá para relacionar melhor os conhecimentos e compreender o que de facto é bom e é mau o que é preciso ou não.” (HO-A)

Quando interrogados sobre o que sentiram que os despertou para possíveis alterações de comportamentos em saúde oral, verificou-se que os indicadores relativos

ao receio de “consequências de doenças orais” e “os problemas orais” foram os que mais sensibilizaram os estudantes de medicina dentária e de prótese.

Com os testemunhos compilados constatou-se que os estudantes de medicina dentária adquiriram, conhecimentos teóricos acerca de factores etiológicos e consequências das doenças orais em unidades curriculares como Imagiologia, periodondologia e medicina dentária preventiva. Conhecimentos que de alguma forma os fizeram reflectir sobre a possibilidade de terem de melhorar os seus comportamentos de higiene oral, para prevenir o aparecimento desses problemas nas suas bocas. Todavia referem que não sabem bem como fazer esses novos comportamentos nem o que aconselhar a outras pessoas (o que parece ser importante para estes futuros profissionais).

De facto, as respostas destes estudantes são consistentes com críticas feitas a investigações, sobre mudanças de comportamentos relativos à saúde oral, que pressupõem que a simples transmissão de informações sobre a etiologia das doenças orais e instruções de higiene oral mudam comportamentos em saúde oral (Melsen & Agerbaek, 1980). Para colmatar esta lacuna, estudos defendem que no planeamento de estratégias de ensino para mudanças de comportamentos em saúde oral, é mais relevante ensinar técnicas de auto-cuidado que alertar para percepções de risco (Buglar et al., 2010; Sniehotta & Araújo, 2007).

O que também parece justificar a posição dos estudantes, do curso de prótese, ao referirem que não lhes foi ensinado nenhum comportamento a adoptar, para evitar os problemas de saúde oral de que obtiveram conhecimentos nas disciplinas de microbiologia e periodontologia.

Embora os estudantes do curso de higiene oral também tenham as unidades curriculares acima descritas (excepto medicina preventiva), eles não elegeram nenhuma unidade teórica como transmissora de conhecimentos sobre comportamentos em saúde. Aparentemente estes estudantes reconhecem apenas a disciplina de higiene oral prática, e especialmente os pacientes que observam nessa disciplina, como os motores para alterarem os seus comportamentos de higiene oral.

Segundo os seus relatos, foi quando observaram os problemas de saúde oral nas bocas dos pacientes que a teoria lhes fez sentido. Foi quando observaram que os

comportamentos dos pacientes se reflectiam na sua saúde oral que compreenderam o significado da prevenção e controlo das doenças orais.

Aparentemente, quando as disciplinas teóricas lhes transmitiram conhecimentos sobre os factores de risco e consequências de problemas orais, estes estudantes não se identificaram nem se consideraram susceptíveis às doenças em causa. A sua reacção pareceu reflectir as concepções de Grilo e Pedro (2005), Goshman e Lebel (1982) e Radius (1980) quando referem que os adolescentes subestimam o risco de doença, tendo a percepção de que não são susceptíveis, ou vulneráveis a problemas que afectem a sua saúde, e têm a noção exagerada da capacidade para controlarem a sua saúde.

Estes estudantes parecem ter conceptualizado a importância dos conhecimentos teóricos que lhes foram transmitidos com a observação dos seus pacientes. O que se enquadra nas reflexões de Neto (1998) quando diz que a aprendizagem por experiências vividas e a observação do comportamento de terceiros, leva um indivíduo a reflectir se quer ou não mudar a (s) sua (s) atitude (s). E ainda de Volkart (1982) quando refere que os comportamentos das pessoas podem ser determinados pelos seus conhecimentos mas também por factores externos presentes no meio ambiente no qual estão inseridas.

3.2. Comportamentos alterados com conhecimentos adquiridos

Dentro da categoria “ o que mudou com conhecimentos adquiridos” foram destacadas quatro subcategorias. A subcategoria com maior peso de unidades de registo foi a da escovagem de dentes (61,7%) seguida da utilização do fio dentário (20%). A subcategoria evidenciada pelos estudantes que referiram não ter mudado nada com os conhecimentos adquiridos alcançou 16,7% das unidades de registo (Quadro 3).

Quadro 3

O que mudou com os conhecimentos adquiridos

POSIÇÃO DOS ESTUDANTES FACE AOS CONHECIMENTOS DE SAÚDE TRANSMITIDOS/ ADQUIRIDOS NO CURSO			Entrevistas	MD (A)	MD (B)	HO (A)	HO (B)	PD (A)	PD (B)	U.E	U.R.	U.R./U.E.
CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO (Unidades de frequência e de enumeração)									
O que mudou com conhecimentos adquiridos	Nada	Nada						3	1	2	4	2
		Nunca tive problemas			1					1	1	1
		Indecisão quanto ao uso de bochechos	3							1	3	3
		Não senti necessidade			1					1	1	1
		Preguiça	1	1					1	3	3	1
	Na escovagem de dentes	Reduzi quantidade de dentífrico					2			1	2	2
		Escolho pastas com flúor					3			1	3	3
		mudei para escova macia		3	1	3	1			4	8	2
		reduzi força da escovagem			1					1	1	1
		mais atenção na escovagem		2	1	4				3	7	2,3
		aumentei a frequência da escovagem					3			1	3	3
		tenho técnica de escovagem		1	2	3				3	6	2
		tenho razões para escovar os dentes				4				1	4	4
		escovo a língua		4						1	4	4
	No uso do fio dentário	comecei a usar fio				2				1	2	2
		usar fio regularmente	2				1			2	3	1,5
		uso mais vezes o fio					2	1		2	3	1,5
	No âmbito profissional	aumento da preocupação com aspecto estético				1				1	1	1
		segurança no que faço e digo para fazer				1				1	1	1

Considerando o registo de indicadores apontados na alteração da escovagem devido aos conhecimentos adquiridos, destacaram-se com mais unidades de registo a substituição de escovas de dentes para “macias”, mais atenção na escovagem e adopção de técnica de escovagem.

Dentro dos relatos dos participantes verificou-se que foram os estudantes de higiene oral que mais alterações referem ter tido ao nível da escovagem e foram os únicos que referiram como mudança de hábitos de escovagem as “razões para escovarem os dentes”:

“Agora eu acho que sabemos porque temos que fazer as coisas, agora consigo perceber o porquê das coisas, o que posso prevenir com a escovagem, com o fio, com os bochechos de flúor.” (HO-B)

“Foram essencialmente razões do que pode acontecer se não lavarmos os dentes todos os dias que me fez mudar alguns hábitos, lavo os dentes mais frequentemente, o conhecimento das doenças orais e as suas causas foi essencial para mudar algumas coisas.” (HO-B)

“Eu lavava imensas vezes para ver se ficavam mais brancos e nunca consegui, eu tomava banho lavava a cara e os dentes... eu lavava os dentes por estética agora associo mais à prevenção de doenças...”(HO-B)

Os testemunhos destes estudantes estão em consonância com as conclusões de Souza et al. (2002), quando consideraram que na promoção de mudanças comportamentais ligadas à saúde, é preciso fornecer às pessoas não só os meios para o fazer, mas também as razões para mudar esses comportamentos. Os autores defendem que as crenças e atitudes, entre outras variáveis cognitivas, são frequentemente consideradas as maiores determinantes da auto regulação do comportamento.

Durante as entrevistas, os estudantes que reconheceram não ter mudado de hábitos, referem não terem sentido necessidade, ou nunca terem tido problemas na boca com os hábitos antigos e por isso não alterarem em nada a sua higiene diária:

“ Eu acho que não mudei nada, faço tudo igual ao que fazia, nunca tive problemas...”(MD-A)

A reduzida motivação para praticar bons hábitos em saúde é uma barreira à adopção de comportamentos saudáveis (Grilo & Pedro, 2005). As autoras defendem que esse motivo pode dever-se ao facto de, geralmente, os jovens estudantes serem sadios na idade em que deviam de ser adquiridos comportamentos saudáveis, não sentindo um efeito imediato notório sobre o seu bem-estar.

Conner e Norman (1994) corroboram estes conceitos referindo que: se um indivíduo tiver percepção dos benefícios, barreiras, susceptibilidade e gravidade da doenças mas atribuir pouca importância à sua saúde, a adesão a um comportamento novo pode ser muito baixa sendo a sua disposição para essa acção nula.

Existem ainda os estudantes que referem não melhorarem os seus comportamentos por “preguiça” ou por dificuldade de execução do procedimento:

“Eu fui a uma consulta de higiene oral com os alunos de medicina dentária e disseram-me para fazer o fio, mas magoa-me e eu não faço...é muito tempo...”. (PD-A)

“O fio dentário começamos a usar mais regularmente, mas não todos os dias a maioria das vezes acaba por ser preguiça...ou porque temos montes de coisas para fazer

e estudar e chegamos a casa cansadíssimas é lavar os dentes eeee está pronto...”(MD-A)

“ (...) lavamos os dentes e.. e sim lavamos os dentes...; pois o fio devia ser mas...às vezes não há disposição” (MD-A)

Diversos estudos apontam para que a dificuldade de aderência e este comportamento se deve à falta de educação adequada, à dificuldade técnica, ao dispêndio de tempo exigido e ao receio de efeitos adversos, que em geral são raros e associados a utilização incorrecta (Herrera & Roldan, 2002; Schuz et al., 2007).

Macgregor et al. (1998), verificaram que a resistência à utilização do fio dentário, pelos jovens, se deve às dificuldades e habilidades necessárias para o seu uso. Ainda, a necessidade de terem de aprender a usar o fio e a preguiça de o terem de usar como rotina. Assim, a utilização do fio, segundo os mesmos jovens, ocorre maioritariamente em situações especiais, como festas de fim-de-semana.

Os estudantes de prótese reforçaram a ideia de não terem adquirido conhecimentos durante o curso como justificação para não mudarem os seus comportamentos:

“- Eu mudei alguns hábitos por mim...eu vou ser sincera lavo para ficar com os dentes limpos e frescos, nada mudou devido a conhecimentos novos...” (PD-A)

“- Eu também não, não mudei nada por conhecimentos dados no curso.” (PD-A)

Embora estes estudantes tenham, anteriormente, feito alusão a conhecimentos adquiridos sobre factores de risco e consequências de doenças orais nalgumas unidades curriculares teóricas, também referiram não ter aprendido a executar os comportamentos de saúde adequados para a sua prevenção. Todavia, aparentemente, também não foram procurar informação sobre as técnicas de higiene oral a melhorar. Conforme descrito na literatura, um aumento dos conhecimentos não resulta necessariamente em atitudes mais positivas (Schou, 1985), e atitudes positivas adquiridas nem sempre influenciam os comportamentos individuais (Blinkhorn et al., 1981).

Para vários autores, uma mudança de comportamento não depende só da aquisição de novos conhecimentos, ela requer aderência por parte dos indivíduos. O

mero conhecimento da realidade não é suficiente para a alteração de comportamentos (Manson, 2004; Ricou et al., 2004) e a alteração de comportamentos é difícil, mesmo que essa mudança seja importante para a manutenção da saúde (Manson, 2004).

3.3. Intenções e influências nas mudanças comportamentais

Considerando que o comportamento é uma escolha, uma opção ponderada entre várias alternativas, e que o melhor predictor do comportamento é a intenção comportamental (Lima, 1996), procurou-se questionar os estudantes relativamente aos momentos em que se lembravam de ter tido intenções de mudança de comportamentos e o que os despertou para isso.

Os resultados mostraram, em 52,4% dos indicadores registados, serem as experiências individuais, nas aulas práticas, que os despertaram e os incentivaram para algumas alterações nos seus comportamentos. Verificando-se consonância com o que Lesne (1977) defende quando explica que a experiência vivida é um marco fundamental no processo de formação de jovens adultos. O autor acrescenta que as experiências vividas pelos estudantes, são geradoras de aprendizagens e podem pressupor mudanças nos seus comportamentos.

Dentro desta subcategoria os indicadores que apresentaram maior valor de unidades de registo foram “ a aplicação de revelador de placa bacteriana”(4) (Quadro 4):

“...Eu acho que foi logo na primeira aula, deve ter sido quando nos aplicaram o corante...começamos a ver a placa, a achar engraçado...a remove-la com a escovagem e o fio...” (HO-B)

“... Penso que foram mais as aulas práticas com corante, aprender um método de escovagem foi importante. O corante é bastante visível....” (HO-B)

“Eu acho que a mudança foi gradual, à medida de começamos a ver as coisas que acontecem, quando entramos no curso temos um click ligeiro, quando vemos a placa bacteriana é assustador, mas acho que é gradual.” (HO-B)

E as experiências de escovagem e fio dentário nas aulas práticas de medicina preventiva (4):

“Em preventiva fomos, levámos a pasta para a clínica e fomos escovar os dentes e a professora viu as escovas e escovámos e o fio dentário...e disse que tínhamos de escovar e mudar de escovas e mudar os movimentos.” (MD-A)

“Numa aula de medicina dentária preventiva decidi mudar a escovagem, achei fantástico porque nunca me tinha apercebido que era mau ter uma escova média e muito grande e mudei a partir daí...” (MD-B)

“A minha escova também teve de ir para o lixo depois de uma aula de preventiva I e agora na II mudei a técnica de escovagem” (MD-B)

Os estudantes de prótese referiram o facto de não quererem utilizar próteses como potenciador de mudança nos seus hábitos de higiene oral e, relataram como exemplos as próteses que entram no laboratório para serem concertadas. De uma forma geral, sentem que esse factor os influenciou para alguma mudança:

Sou influenciado pelas próteses aqui do laboratório, eu penso: “oh pá eu não quero isto na minha boca”. (PD-A)

Eu acho que é o ambiente que nos faz mudar, as peças dentárias que fazemos fazem-nos pensar que temos de prevenir, prevenir tudo... (PD-A)

Para mim pensar usar uma prótese é um terror....quanto mais tarde tiver de usar isto melhor. (PD-B)

Quadro 4

Intenções e influências nas mudanças comportamentais

POSIÇÃO DOS ESTUDANTES FACE AOS CONHECIMENTOS DE SAÚDE TRANSMITIDOS/ ADQUIRIDOS NO CURSO			Entrevistas	MD (A)	MD (B)	HO (A)	HO (B)	PD (A)	PD (B)	U.E	U.R.	U.R./U.E.
CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO (Unidades de frequência e de enumeração)									
Intenção de mudar comportamentos, quando? Porquê?	Unidades curriculares	imagiologia caries interproximais	1							1	1	1
		periodontologia		4				1		2	5	2,5
	Experiências pessoais	medicina preventiva qd escovámos e usámos o fio	2	2						2	4	2
		quando me aplicaram corante				4				1	4	4
		quando tive hemorragia na sondagem				2				1	2	2
		próteses muito sujas no laboratório						1		1	1	1
		não quero usar próteses						2		1	2	2
		antes das consultas para sermos exemplos pacientes					2			1	2	2
Quando cessou vontade de mudar		Periodontologia acabou		2				1		2	3	1,5
		nunca tive						4	3	2	7	3,5
		o fio magoa-me						1		1	1	1
Influências sentidas para alteração de comportamentos	Professores /pares	professores fazem-nos pesar as consciências	2			1				2	3	1,5
		professora de preventiva ralhou mas foi bom		1						1	1	1
		Nas aulas práticas os colegas olham para as nossas bocas					3			1	3	3
		Colegas mais velhos					1			1	1	1
	Profissionais	Quando as pessoas perguntavam em que curso estava					2			1	2	2
		aperceber-me que consigo influenciar outros				3				1	3	3
		Com bocas dos pacientes				1				1	1	1
	Família	A minha mãe obriga-me a lavar dentes						1	1	2	2	1
	Ambiente	O ambiente faz-nos	1					4		2	5	2,5
	Auto percepção	apercebi-me da quantidade de auxiliares de remoção de pb					1			1	1	1
		os meus dentes com corante				1				1	1	1
		Próteses sujas do laboratório						2		1	2	2
	Estética	gengiva inflamada é feio				1				1	1	1
		dentes escuros é feio				1				1	1	1
		ter manchas é feio				1				1	1	1

Segundo os estudantes de medicina dentária, foi durante algumas unidades curriculares teóricas (28,6%) que sentiram a possível necessidade de terem de alterar comportamentos. Nomeadamente em imagiologia e em periodontologia:

“Há dias aqui nas aulas de imagiologia às tantas vimos as cáries nos pontos de contacto...vi as cáries nos pontos de contacto... - sim debaixo dos pontos de contacto...; - a mim pesou-me um bocadinho a consciência... era melhor usar fio todos os dias...”
(MD-A)

Tal como Renner e Schwarzer (2003) referem, apesar de bem informados e com intenção de agirem, muitos indivíduos falham na adopção e manutenção de comportamentos saudáveis, sugerindo-se que adoptar uma decisão informada para agir e traduzir essa intenção em comportamento são dois processos distintos. De facto, os autores também reforçam que a descontinuidade entre intenção e comportamento é particularmente pronunciada nos auto- cuidados de saúde a repetir diariamente, especialmente nos de saúde oral. E, aparentemente, pelas respostas dadas pelos estudantes, a reacção foi de constrangimento por não executarem um comportamento que reconhecem ser válido na prevenção dos problemas que têm ou podem vir a ter na própria boca.

Também se verificou que quando os estudantes que se apercebem que alguns “bons” comportamentos a ter são de fácil execução, e os conseguem controlar, então experimentam-nos e provavelmente adoptam-nos:

“Eu acho que foi numa aula de periodontologia onde se falava de placa bacteriana gengival e como uma técnica boa de escovagem podia mudar a gengivite, e era só inclinar a escova para a gengiva, isso fez-me começar a inclinar os pêlos da escova para a gengiva.” (MD-B)

O que é consolidado por Souza et al. (2002) quando referem que o sucesso de uma mudança comportamental requer não apenas aptidão mas também uma forte crença na própria capacidade de exercer controlo, deduzindo-se que a uma maior percepção de controlo corresponde uma maior probabilidade de que o desempenho do comportamento tenha sucesso.

Para serem “exemplos a seguir”, alguns estudantes do curso de higiene oral disseram que sentiram vontade de mudar imediatamente antes de realizarem consultas com pacientes:

“E também quando começámos a dar consultas, era chato pedir às pessoas para escovarem bem os dentes e nós não escovarmos, ou pedir para fazerem fio e nós não sabermos ensinar, ...e também é importante nós sermos exemplos para os pacientes... e para as nossas famílias...” (HO-B)

As preocupações dos estudantes saberem fazer o que vão ensinar e pensarem que devem ser modelos para os seus pacientes, pois acreditam que são observados e provavelmente seguidos por eles, demonstram um cuidado manifestamente profissional na sua adopção de comportamentos.

O que pode ser justificado por Hollister (2004) quando diz que as expectativas sociais do grupo onde jovens adultos estão inseridos têm uma influência muito forte nos seus comportamentos em higiene oral.

Porém a maioria dos estudantes de prótese revelou não ter tido intenções de mudança e outros confessaram ter, de alguma maneira, desistido por falta de reforço:

“Eu acho que nem mudei muito os meus hábitos porque nunca tive nenhum problema e não senti necessidade.” (PDA)

“Na disciplina de periodontologia fiquei um bocado preocupada, e pensei que ia começar a fazer fio e outras coisas mas depois a disciplina acabou, deixei de ouvir e pronto...já não fiz mais fio.” (MD-A)

“Eu acho que também comecei a experimentar o fio depois de uma aula de periodontologia, na altura percebi que até era importante...mas agora parece que já me esqueci.” (MD-A)

Conforme referido anteriormente, a simples transmissão de informação, normalmente, não é suficiente para modificação de comportamentos em saúde, e as mudanças de comportamento raramente seguem uma progressão lógica e faseada (Radley, 1994 e Hollister, 2004). Apesar dos estudantes poderem valorizar a sua saúde e se sentirem responsáveis pela mesma, não significa que se sintam capazes de dar os passos adequados para controlar o seu estado de saúde (Wallston, 1992).

Para Rokeach (1973), as pessoas escolhem os comportamentos que têm, agindo de livre vontade. O autor defende que as escolhas pelos comportamentos se baseiam em “valores”, que são crenças acerca do que é importante na vida. Considerando o que o autor expõe, apesar dos estudantes entrevistados referirem que se aperceberam da importância dos comportamentos, essa importância aparenta ser relativa para sua vida. Por outro lado, também se tem de considerar que Intervenções educacionais tradicionais têm vindo a demonstrar pouco valor na aderência a alterações de comportamentos de higiene oral a longo prazo (Renz et al., 2009). E, mesmo que ocorram alterações nos comportamentos em saúde oral, eles parecem ser menos resistentes à deterioração com o tempo que os conhecimentos adquiridos (Hart & Behr, 1980).

Relativamente às influências que os estudantes sentem ter tido para intentarem mudar de comportamentos em saúde oral, emergiram seis subcategorias onde 28,6%

das unidades de registo se concentram nos professores e colegas; 21,4% em razões profissionais; 14,3% na percepção de necessidades; 17,9% no ambiente da faculdade; 10,7% prendem-se com questões estéticas e 3,6% referem-se a influências familiares.

O indicador, desta categoria, com mais unidades de registo refere-se ao ambiente académico:

“Aqui temos mais noção do que é bom ou é mau. É um ambiente diferente que nos faz qualquer coisa... Aqui é diferente, por exemplo; acredito que os alunos do curso de Direito nem se lembrem de dentes durante todo o tempo que estão na faculdade, aqui é impossível não se pensar nisso, só se vê dentes e pessoas na sala de espera e próteses...e acho que isso nos influencia a pensar que temos os dentes a precisar de serem escovados, ou temos um bocado de qualquer coisa entre os dentes que temos de ir tirar...por aí... (todos concordam) ”(PD-A)

O que está em consonância com Stokols (1996) quando afirma que os ambientes físicos e sociais exercem influência sobre as percepções e os comportamentos dos indivíduos, podendo afectar a saúde de diferentes maneiras.

E ainda com autores que sustentam que o contexto universitário não pode ser desligado dos processos de aprendizagem e desenvolvimento humanos, pois todos estes processos são produto de interações recíprocas e dinâmicas entre indivíduos e contextos. A aprendizagem não é independente do desenvolvimento humano, e os resultados obtidos pelos estudantes são configurados por uma diversidade de factores que ocorrem dentro e fora das salas de aula (Soares et al., 2006).

Dentro das influências consideradas de nível profissional, foram incluídas unidades de registo que reflectem a responsabilidade que alguns estudantes sentem aquando da entrada no curso, o cuidado com a higiene da boca antes das aulas práticas com os colegas e a preocupação com os pacientes que atendem nas suas aulas práticas de clínica, especificadamente:

“ Eu não sei se é ser influenciada mas logo no início as pessoas perguntavam em que curso estava e eu dizia “Higiene Oral” e elas diziam ah então deves ter uns dentes óptimos, e eu tinha de escovar mais e mais para eles estarem sempre bem (todos riem e concordam) ...” (HO-B)

“(...)e às vezes quando íamos para as práticas - tínhamos de mostrar as bocas uns aos outros então...lá íamos lavar os dentes antes...” (HO-B)

“ Para os pacientes aderirem ao que eu digo, tem de acreditar e a minha boca tem de transmitir confiança, eu acho que isto me influenciou.” (HO-A)

“Acima de tudo temos de ser modelos para os pacientes, e ter um bom aspecto estético para os pacientes, acho que foi isto que me influenciou.” (HO-A)

3.4. Factores que levaram os estudantes a realizarem, ou não tratamentos curativos e/ou preventivos de saúde oral na faculdade

Neste bloco temático pretendeu-se reconhecer factores que levaram ou não os estudantes à realização de tratamentos dentários (Quadro 5).

Inicialmente, identificaram-se as maiores preocupações que os estudantes têm relativamente à sua saúde oral, e razões que os levaram, ou não, a realizar tratamentos dentários que consideram necessitar, na Faculdade de Medicina Dentária.

Subdividiram-se as preocupações dos estudantes em três subcategorias. Nomeadamente: saúde (48,78%), estética (43,9%) e higiene (7,32%).

Os estudantes revelaram preocupações relativas a problemas de saúde oral que têm (40% das UR da subcategoria) e que não querem vir a ter (60% das UR da subcategoria). Sendo que os indicadores com mais unidades de registo são *“o medo de extracção de sisos inclusos”* (25%), *“não quererem vir a ter de usar próteses”* (20%) e *“sofrerem de periodontite”* (25%).

O que indica que apesar de se considerarem susceptíveis à doença, receiam não ter controlo nesses problemas. Está demonstrado na literatura que os indivíduos que percebem pouco controlo pessoal sobre a sua saúde têm menor probabilidade de manifestar comportamentos que visem a promoção de saúde, nomeadamente a procura de serviços de saúde (Frank-Stromborget al., 1990; Martinelli, 1999).

Quadro 5

Factores que levaram ou não os estudantes à realização de tratamentos dentários

FACTORES QUE LEVARAM OS ESTUDANTES A REALIZAREM, OU NÃO TRATAMENTOS CURATIVOS E /OU PREVENTIVOS DE SAÚDE ORAL			Entrevistas	MD(A)	MD(B)	HO(A)	HO(B)	PD(A)	PD(B)	U.E	U.R.	U.R./U.E.
CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO (Unidades de frequência e de enumeração)									
Preocupações dos estudantes relativas à sua saúde oral	SAÚDE	medo de extracção de sisos inclusos	2	1	2					3	5	1,7
		quistos e tumores em sisos inclusos	1							1	1	1
		tenho periodontite					3		2	2	5	2,5
		tenho imensas cáries					1	1	1	3	3	1
		não quero tratamentos dentários agressivos		1						1	1	1
		não quero usar próteses		1				1	2	3	4	1,3
		Não quero ter recessões por escovagem agressiva	1							1	1	1
	ESTÉTICAS	canino desalinhado	1						1	2	2	1
		dentes tortos e desalinhados				3	1	1		3	5	1,7
		linha negra					1			1	1	1
		halitose				1				1	1	1
		tártaro				1				1	1	1
		manchas				1				1	1	1
		dentes amarelos				1	1	1		3	3	1
		indecisão no branqueamento				2		1		2	3	1,5
		dentes brancos e caninos amarelos				1				1	1	1
	HIGIENE	fazer fio de vez em quando	1	1						2	2	1
		escovar dentes		1						1	1	1
Razões para não utilizar os serviços clínicos da faculdade		eu tenho o meu dentista lá fora	3	1	3	4			2	5	13	2,6
		não precisei		2				2	1	3	5	1,7
		medo de ser tratado por estudantes				2				1	2	2
		lista de espera muito grande							1	1	1	1
		não tenho horário						2	3	2	5	2,5
Razões para utilizar os serviços clínicos da faculdade		uma colegas teve de treinar umas estéticas		1						1	1	1
		consultas de ho com colegas =aulas práticas				4	4			2	8	4
		substitui uma restauração com uma amiga	1							1	1	1

Dentro das preocupações estéticas, os indicadores com mais unidades de registo foram: “*dentes tortos e desalinhados*” (27,8%); “*dentes amarelos*” (16,7%) e “*indecisão quanto à realização de branqueamento dentário*” (16,7%).

A insatisfação com a aparência é comum na adolescência e, muitas vezes, afecta a auto-estima. Para Jenny e Posshek (1986), o desejo de ter uma boa aparência já não pode ser encarado como um sinal de vaidade pois, muitas vezes, é uma

necessidade. Os autores mostram que nas ocupações consideradas de prestígio, ou onde os profissionais são observados pelo público, estes, devem possuir uma boa estética oral.

Relativamente aos tratamentos dentários realizados e por realizar, 19,3% dos estudantes referiram não necessitar de qualquer tratamento dentário.

- *“Eu nunca fiz mas é bom porque não se paga nada, não fiz porque não preciso”.*
(MDB)

“Eu não precisei de tratar e tenho o meu dentista lá fora...” (MDA)

As razões relatadas pelos estudantes para não resolverem os seus problemas de saúde oral na FMDUL prendem-se maioritariamente com o facto de terem os seus “próprios” dentistas fora da Instituição (50%):

“Eu prefiro o meu dentista”. (MDB)

“Eu prefiro o meu dentista lá fora...gosto imenso dele e tenho imenso medo de outros dentistas (...)”(HOB)

“Eu tenho uma boa relação com o meu dentista e não quero ter de experimentar outro.” (PDA)

Ainda da falta de disponibilidade por incompatibilidade de horários (19,23%):

“Para tratar a lista de espera é muito grande...não temos horários para ir lá, ...não pagamos mas não temos horário...faltar a aulas práticas é muito confuso...é muito incompatível em termos de horários. Nem em higiene oral os horários dão...É muito raro conseguirmos...” (PDB)

O medo de ser tratado por estudantes inibiu 7,7% dos estudantes de aproveitarem os serviços clínicos oferecidos pela Instituição.

Entre os estudantes que realizaram tratamentos dentários, 80% referem os tratamentos realizados em aulas práticas com amigos.

3.5. Factores que levam os estudantes a realizarem, ou não comportamentos exemplares em higiene oral

Neste último bloco temático das entrevistas, tentou-se evidenciar os factores que levam os estudantes a executarem, ou não, comportamentos exemplares em higiene

oral, reconhecendo o que pensam dos vários métodos de higiene oral que aprenderam ao longo do curso e como os aplicam na sua vida diária (Quadro 6).

Quando questionados relativamente ao que pensavam sobre a frequência de escovagem diária dos dentes, o indicador com mais unidades de registo (41,7%) verificou-se nas considerações sobre uma frequência de duas vezes por dia no mínimo. Todavia, outras opiniões reflectem que o ideal seria 3 vezes por dia (25%).

Indicadores registados mostram que existem estudantes que pensam que escovar os dentes uma vez ao dia é suficiente e ainda os que referem que se devem escovar os dentes conforme o que se come (8,3%).

“Eu acho que a frequência é conforme...por exemplo: um dia em que coma muita fruta às vezes não sinto necessidade de escovar os dentes, mas se como muitos doces ou hidratos de carbono já sinto os dentes a precisar de serem lavados rapidamente e aí escovo, por isso não tenho um nº de vezes certas de escovar.” (MDB)

Quanto à utilização do fio dentário, 100% dos indicadores registados nesta categoria apontam para dificuldades no seu uso:

“O fio demora muito tempo...”; “a minha preocupação é eu não usar o fio, mas não há muita paciência...”; -“ Eu tento usar quando me lembro porque penso nas consequências de não fazer...mas nunca me apetece muito”.(MDB)

“ Fazer fio já é mais complicado, é preciso pensar, inclinar, não magoar, passar em todos os dentes... enquanto escovar é agarrar na escova e pronto, é mais automático.”(HOA)

36% dos estudantes referem não usarem o fio dentário por preguiça, e 20% das unidades de registo reflectem a opinião de que o fio dentário demora muito tempo a ser feito.

“ (...) Mas agora o fio é uma seca, pegar naquilo, maior parte das pessoas não sabe usar, é muito mais difícil de habituarmos os pacientes ao fio, eu própria não consigo usar. É uma técnica difícil...e chata...maior parte das vezes não há tempo...e magoa” (HOB)

“O fio não, é muito difícil enfiar entre todos os dentes, dente a dente, em higiene oral já me ensinaram mas demora muito, não dá muito jeito.” (PDB)

Apesar dos declarados contras da utilização do fio dentário, 16% dos estudantes reconhecem que era importante conseguirem fazer o fio dentário mais regularmente.

Quadro 6

Factores que levam os estudantes a realizarem, ou não comportamentos exemplares em higiene oral

FACTORES QUE LEVARAM OS ESTUDANTES A REALIZAREM ,OU NÃO, COMPORTAMENTOS EXEMPLARES EM HIGIENE ORAL			Entrevistas	MD (A)	MD (B)	HO (A)	HO (B)	PD (A)	PD (B)	U.E	U.R.	U.R./U.E.
CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO (Unidades de frequência e de enumeração)									
O que pensam da frequência de escovagem de dentes diária		mínimo 2x por dia	2				2		1	3	5	1,7
		3 ou mais vezes ao dia					1		1	2	2	1
		só escovo uma vez por dia							1	1	1	1
		é conforme o que se come		1						1	1	1
		3xdia era ideal	1	1	1					3	3	1
O que pensam da utilização do fio dentário		não faço o fio por preguiça	4			3	2			3	9	3
		o fio demora muito tempo		4					1	2	5	2,5
		é difícil enfiar o fio nos dentes							1	1	1	1
		é preciso pensar para fazer o fio				1				1	1	1
		o fio é uma seca					2	1	1	3	4	1,3
		a técnica do uso do fio é difícil					1			1	1	1
		fio regularmente era importante	3			1				2	4	2
Razões que justificam as práticas diárias de higiene oral dos estudantes	SAÚDE	não ter cáries	1							1	1	1
		ter um sorriso saudável				1				1	1	1
		ter uma boa boca				2				1	2	2
		prevenir doenças orais					1			1	1	1
		não ter consequências	1							1	1	1
		controlar a saúde oral					1			1	1	1
		atrasar o uso de próteses						1		1	1	1
		não ter de substituir peças dentárias						1		1	1	1
	ESTÉTICAS	não ter bocas feias	1							1	1	1
		razão social				1				1	1	1
		autoconfiança no nosso aspecto				1				1	1	1
		Ter boa aparência					2			1	2	2
		ter os dentes brancos				1				1	1	1
		cheirar bem da boca						1	1	2	2	1
	PROFISSIONAIS	é uma responsabilidade profissional					1			1	1	1
		sermos modelos para os pacientes				1	4			2	5	2,5
		razão/obrigação profissional				3				1	3	3
		cativar e convencer outras pessoas				1				1	1	1
	HIGIENE	tem de ser	1			1				2	2	1
		hábitos adquiridos				2				1	2	2
		escovar dentes é automático				1				1	1	1
		faz parte da higiene	3	1					2	3	6	2
		ter os dentes frescos						1	2	2	3	1,5
		lavar os dentes é como tomar banho			2					1	2	2

Tal como anteriormente referido, a execução do fio dentário entre outros comportamentos relacionados com a saúde, não estão apenas dependentes da vontade, mas também da percepção da facilidade ou da dificuldade em desempenhar o comportamento (Trafimow, Sheeran, Conner & Finlay, 2002).

Buglar et al. (2010) utilizaram o modelo de crenças na saúde para compreender as crenças subjacentes ao autocuidado de higiene oral executado com a escovagem e o fio dentário. Também verificaram o papel da autoeficácia, ou seja, a confiança nas capacidades de executar estas práticas em higiene, em 92 pacientes. Os resultados indicaram que a autoeficácia era significativamente preditiva dos comportamentos em higiene oral. Nem os benefícios nem as percepções de susceptibilidade e severidade de problemas orais foram predictivas dos comportamentos em saúde oral. As autoras sugeriram que as cáries dentárias e os problemas gengivais não são tipicamente encarados como problemas de saúde graves. Então, verificaram que as decisões de execução de escovagem e de utilização do fio dentário foram influenciadas pela eficácia que os indivíduos acreditavam ter na execução destas práticas, e demonstraram que os factores relacionados com a percepção de ameaça de doenças orais não foram predictivos da mudança de comportamentos.

As razões que justificam as práticas diárias, em higiene oral, dos estudantes, organizaram-se em 4 subcategorias. Relatos que expõem razões de higiene acumularam 37,2% das unidades de registo desta categoria:

“ (...) Faz parte da higiene, toma-se banho lava-se a cara e os dentes também.”
(MDA)

“Eu acho que é uma questão de higiene, lavo a cara e os dentes.” (MDB)

“Para mim é uma medida de higiene como tomar banho; eu fico desconfortável quando não escovo os dentes.” (MDB)

“Então...lavo a cara e os dentes...É uma questão de higiene muito normal.” (PDA)

“Limpeza, ficar com dentes mais frescos...sei lá. Depois das refeições era ideal para ficarem limpos e cheirar bem.” (PDB)

Tal como vários autores sustentam, os comportamentos em higiene oral são diferentes dos outros comportamentos em saúde porque muitos indivíduos os praticam não como comportamentos de saúde mas sim como comportamentos “estéticos”. Estas condutas estão relacionadas com a saúde e não necessariamente dirigidas para a

saúde. Talvez por esta razão os modelos teóricos explicativos de comportamentos em saúde não consigam, muitas vezes, explicar nem prever os comportamentos em higiene oral (Mojtaba et al., 2010; Ndiokwelu, 2004).

Razões profissionais justificam práticas diárias de higiene oral em 23,3% dos indicadores registados nesta subcategoria. Serem “modelos” para os seus pacientes foi o indicador com maior percentagem de unidades de registo da categoria analisada (50%), sendo apenas referido por estudantes do curso de higiene oral:

“Agora nós temos de ser modelos, é mais ou menos uma responsabilidade...não posso estar cheia de placa bacteriana a mandar o paciente escovar os dentes...além disso quem é que vai confiar em nós se tivermos uma má aparência da boca e os dentes sujos?” (HOB)

“Eu acho que existe uma razão pessoal mas também uma razão profissional para termos um sorriso saudável, hoje em dia é muito importante é essencial termos uma autoconfiança no nosso aspecto, termos uma boa boca.” (HOA)

“A nível profissional é muito importante, é uma porta de entrada, pois é uma obrigação profissional. Até quando vamos para as comunidades as pessoas referem que as nossas bocas são bonitas, e isso é importante para as cativarmos e convencermos que também as podem ter.” (HOA)

As razões de saúde reuniram 20,9% das unidades de registo:

“Razões? Tem que ser....faz parte da higiene...para não termos aquelas consequências horríveis, aquelas cáries....aquelas bocas...” (MDA)

Tem de ser para ficar com a boca fresca e não ter de substituir peças dentárias”. (PDA)

E as razões estéticas 18,6%. Dentro desta subcategoria foram compilados indicadores referentes à halitose, à cor dos dentes e aparência. Concomitantemente, alguns estudantes consideraram já terem as doenças orais sob controlo, então consideram que podem dedicar os seus comportamentos de higiene oral à “aparência”.

“...A aparência é importante...Para além de prevenir doenças agora é mais para a boa aparência para os doentes, acho que as doenças estão mais ou menos controladas por mim.” (HOB)

Segundo Wallston (1992), as percepções das pessoas sobre o controlo que possuem sobre a sua saúde contribuem de forma determinante para a manutenção de comportamentos directamente relacionados com a sua saúde. O que parece ser o caso dos comportamentos em higiene oral destes estudantes, ao considerarem que, com o controlo que têm nos seus comportamentos, já ultrapassaram os objectivos da prevenção, direccionando-se agora para objectivos estéticos.

Segundo Smith (1998), é da responsabilidade dos professores facilitarem a aprendizagem dos estudantes durante as suas actividades páticas. Tentando promover interacções entre a aprendizagem, os conhecimentos, as atitudes e as capacidades dos estudantes, para que o ambiente dinâmico se torne numa convergência de compreensões académicas e práticas.

Porém, considerando as reflexões de Fugill (2005) relativamente a estudantes de cursos de saúde oral, espera-se que os estudantes aprendam por várias vias durante as suas práticas clínicas. Nomeadamente: com a demonstração e prática das várias técnicas; com as interacções entre eles e os pacientes e os colegas e os professores e o ambiente. Todavia, a forma como os estudantes aprendem de cada uma destas fontes ainda está largamente inexplorada.

Conclusões

Este trabalho pretendeu contribuir para se compreender, na perspectiva dos estudantes, em que medida as estruturas curriculares dos cursos em ciências da saúde oral e o ambiente académico da FMDUL influenciaram os comportamentos, atitudes e auto-cuidado em saúde oral dos seus estudantes.

São diversos os autores que defendem que o curriculum académico pode ser fundamental para influenciar os comportamentos, atitudes e auto-cuidado em saúde oral dos estudantes. Kawamura et al. (2000). E que deve de ser dado ênfase e preocupação à motivação e educação para a saúde oral, pois a melhoria de atitudes e comportamentos dos estudantes pode consequentemente melhorar a sua saúde oral (Levin & Shenkman, 2004).

Por estas razões, vários estudos têm vindo a ser realizados para investigar a influência que os cursos e os diferentes planos de estudo das escolas dentárias têm no desenvolvimento das atitudes e comportamentos relativos à saúde oral dos seus estudantes (Barrieshi-Nusair et al., 2006; Kawamura et al., 2005; Komabayashi et al., 2005; Polychronopoulou et al., 2005; Rong et al., 2006). Pois as diferenças, entre os estudantes, poderão ser consequência da aquisição de conhecimentos ao longo da formação académica e da vivência clínica durante as actividades dos cursos (Dagli et al., 2008; Kawamura et al., 2000; Rong et al., 2006).

Assim, no presente trabalho, procurou-se investigar as percepções dos estudantes relativamente às suas preocupações e comportamentos em saúde oral, e perceber a influência do plano de estudos dos seus cursos e ambiente da FMDUL nos seus comportamentos em higiene oral e condições de saúde oral.

A base de dados analisada foi obtida através de entrevistas de grupo focal realizadas, em 2011, com estudantes do 3º ano dos cursos de Higiene Oral, Medicina Dentária e Prótese Dentária.

Conforme previsto na metodologia deste estudo, seleccionaram-se os estudantes consoante os comportamentos em saúde oral que referiram ter no estudo II e subdividiram-se em grupos homogéneos, de acordo com os seus comportamentos em higiene oral. Todavia, ao longo das entrevistas verificou-se não existirem diferenças relativas a percepções, influências, intenções e comportamentos entre os estudantes

que referiram ter, ou não, mudado de comportamentos em saúde oral ao longo do curso. Ou seja, em semelhança ao que Ribeiro (2004) refere: quando se pergunta às pessoas como se costumam comportar, há diferenças entre o que realmente fazem e o que dizem que fazem. O autor sugere que uma forma prática de ultrapassar este problema é avaliar as atitudes para com esses comportamentos. Porque, em grande parte, é isso que se recolhe quando se pergunta às pessoas como são os seus comportamentos. O autor refere que este problema metodológico atravessa todos os questionários que investigam o comportamento humano: as respostas são mais aquilo que as pessoas têm intenção de fazer do que o que fazem.

Por esta razão, os dados obtidos foram analisados num todo e daí extraídas as conclusões.

As conclusões, fundamentadas pelos resultados provenientes da base de dados analisada, foram organizadas de forma a apresentar gradualmente as respostas às questões de investigação que orientaram todo o trabalho.

Considerando os principais objectivos delineados, foi formulada uma primeira questão, segundo a qual se pretendia reconhecer qual a posição dos estudantes face aos conhecimentos, sobre comportamentos em saúde oral, transmitidos/ adquiridos nos cursos.

Os dados obtidos revelam que os estudantes consideram ter adquirido conhecimentos sobre causas e consequências de problemas orais. Conhecimentos que lhes sugeriam a adopção de comportamentos saudáveis para prevenirem o seu aparecimento.

As unidades curriculares, transversais aos três cursos, evidenciadas pelos estudantes, nesta transmissão de conhecimentos foram: Periodontologia, Imagiologia e Microbiologia.

Os estudantes dos cursos de medicina dentária e de higiene oral acrescentaram unidades curriculares específicas dos seus cursos (Medicina Preventiva e Higiene Oral Prática, respectivamente) como as que lhes transmitiram conhecimentos sobre comportamentos em saúde oral e lhes proporcionaram a prática dos mesmos.

Os estudantes de higiene oral acrescentaram ter sentido que houve um fortalecimento dos conhecimentos teóricos adquiridos, através da sua interação com os pacientes a quem deram consultas nas aulas práticas de higiene oral.

Já os estudantes de prótese indicaram não terem disciplinas que lhes explicassem comportamentos de higiene oral.

De uma forma geral, os estudantes não sentiram ter sido os conhecimentos teóricos que lhes despertaram a intenção de alterar alguns dos seus comportamentos. Essa intenção de mudança surgiu durante experiências que viveram no contexto académico.

Nomeadamente:

- Quando os estudantes de medicina dentária reconheceram ter cáries interproximais após observação de radiografias tiradas nas aulas de imagiologia, compreenderam a importância da utilização do fio, sentindo a intenção de o começar a usar;

- Quando os estudantes de higiene oral visualizaram a placa bacteriana na própria boca, através da aplicação do corante, sentiram-se impelidos a mudar o que fosse necessário para a remover.

- Quando os estudantes de prótese começaram a observar as próteses dos pacientes, que entram nos seus laboratórios, para serem concertadas – sentiram a necessidade de prevenir todos os problemas orais que possam vir a provocar a substituição de peças dentárias.

Maioritariamente, os estudantes referiram sentir-se influenciados pelos colegas e pelo ambiente para alterarem os seus comportamentos em saúde oral. Os estudantes de higiene oral acrescentaram sentir-se influenciados por sentirem que conseguiam influenciar os seus pacientes.

A segunda questão de investigação formulada pretendia investigar razões que levam os estudantes a cumprirem, ou não, comportamentos exemplares em higiene oral.

Os resultados observados sugerem que a maioria dos estudantes considera que deveria escovar os dentes duas a três vezes ao dia. Apesar de existirem os que escovam só uma vez ou então os que escovam consoante o que se come.

Também, apesar de considerarem que a utilização regular do fio dentário era importante, foram apontadas inúmeras dificuldades para a sua execução. Nomeadamente: demora muito tempo, magoa, tem de se pensar, difícil de enfiar entre os dentes, preguiça, e técnica difícil de executar.

As razões que apresentaram para justificar os seus comportamentos em saúde oral diários, concentraram-se: na pura higiene corporal (37%) – onde os estudantes referem que faz parte da higiene, escovar os dentes é automático; na responsabilidade profissional (23,3%) – onde os estudantes expressam vontade de serem modelos para os seus pacientes; na prevenção de problemas orais (20,9%) – devido ao receio das consequências das doenças orais e da possível necessidade de terem de usar próteses dentárias; e na aparência estética (18,6%) – referida como sendo uma razão social e de aumento de autoconfiança no seu aspecto.

Considerando que é um benefício a FMDUL disponibilizar gratuitamente, a todos os seus estudantes, consultas de todas as especialidades em medicina dentária e higiene oral, questionou-se os mesmos acerca da utilização destes serviços para realização de tratamentos preventivos e curativos para resolução dos seus problemas orais.

Verificou-se que os estudantes que foram a consultas na faculdade o fizeram com amigos ou obrigatoriamente nas aulas práticas. As razões reveladas pelos estudantes, para não resolverem os seus problemas de saúde oral na FMDUL, prenderam-se com o medo de serem tratados por estudantes; com a falta de disponibilidade por incompatibilidade de horários; com as listas de espera muito grandes e ainda com a preferência que têm pelos seus dentistas fora da instituição.

Considerando a questão de investigação relativa à influência do ambiente institucional nos comportamentos dos estudantes:

Observou-se, ao longo do discurso, que a entrada nos diferentes cursos e o ambiente da faculdade tocou, de várias formas, os comportamentos em saúde oral de todos os estudantes.

Denotou-se uma preocupação inicial com comportamentos em saúde oral nos estudantes de higiene oral e de medicina dentária assim que entraram nos seus cursos. Preocupação em ter uma boa higiene oral:

“Eu não sei se é ser influenciada mas logo no início as pessoas perguntavam em que curso estava e eu dizia “Higiene Oral” e elas diziam ah então deves ter uns dentes óptimos, e eu tinha de escovar mais e mais para eles estarem sempre bem (todos riem e concordam) ...” (HO-B)

Preocupação provocada pela responsabilidade e orgulho de ter de encontrar respostas para amigos, conhecidos e familiares quando os interrogavam relativamente a cuidados que deviam ter, por terem entrado nos respectivos cursos:

“...as pessoas perguntavam-me coisas tipo:”-ah estás em medicina dentária o que é que tu sabes disto ou daquilo...o que é que isto é? O que devo fazer? Como é que posso melhorar?...e eu nunca tinha ouvido falar de dentes na minha vida, só em morfologia dentária e mesmo assim não dava para explicar nada tinha poucas coisas que se pudessem aplicar...”(MD-B)

Preocupação em ter uma boca limpa antes das aulas práticas:

“(...)e às vezes quando íamos para as práticas - tínhamos de mostrar as bocas uns aos outros então...lá íamos lavar os dentes antes...” (HO-B)

De uma forma diferente, os estudantes de prótese dentária, que tantas vezes referiram não ter disciplinas teóricas sobre comportamentos em saúde oral, reconhecem que alguma coisa os faz pensar em mudar provocada pelo contexto institucional em que se encontram.

Estes estudantes fazem alusões aos conhecimentos que adquirem por informação informal:

“Não há..., acho que é claro que há sempre conhecimentos que vamos aprendendo e apanhando aqui e ali, mas nunca tivemos uma aula de propósito que nos transmitisse conhecimentos...” (PD-B)

Fazem referência aos pacientes nas salas de espera e às próteses que entram no laboratório como lembrete para a sua higiene oral:

“Aqui temos mais noção do que é bom ou é mau. É um ambiente diferente que nos faz qualquer coisa... Aqui é diferente, por exemplo; acredito que os alunos do curso de Direito nem se lembrem de dentes durante todo o tempo que estão na faculdade, aqui é impossível não se pensar nisso, só se vê dentes e pessoas na sala de espera e

próteses...e acho que isso nos influencia a pensar que temos os dentes a precisar de serem escovados, ou temos um bocado de qualquer coisa entre os dentes que temos de ir tirar...por aí... (todos concordam) ”(PD-A)

E reforçam a alusão a todo o ambiente como agente modificador dos seus hábitos:

Eu acho que é o ambiente que nos faz mudar (PD-B)

Apreciando o discurso produzido pelos estudantes, observou-se que as suas percepções relativamente à forma como se sentem influenciados e persuadidos às mudanças de comportamentos em saúde oral podem implicar um delineamento de mudanças ao nível da sua formação. Poderão ser analisadas possíveis alterações a nível de unidades curriculares que reforcem a educação em comportamentos adequados em saúde oral.

Ainda, poderá implicar a realização de formação de docentes no sentido de os sensibilizar para a promoção de vivência de experiências que provoquem alteração nos comportamentos de saúde oral dos estudantes. Visto que, conhecendo as opiniões dos estudantes sobre as experiências que consideram mais valiosas e enriquecedoras dos seus processos de aquisição de competências e, compreendendo como percebem a influência dos contextos social e institucional nas suas experiências curriculares, é da responsabilidade dos professores reflectirem sobre as suas práticas pedagógicas.

Torna-se necessário articular os conteúdos teóricos e métodos de ensino ao desenvolvimento pessoal dos estudantes, sendo os docentes responsáveis por assegurar as relações entre as competências teóricas e o seu desempenho.

Também, considerando o perfil profissional dos estudantes dos cursos de higiene oral e medicina dentária, onde está descrito que deverão ser competentes na promoção de saúde e prevenção da doença oral da população, estes estudantes deverão entender a importância da associação da informação dada aos pacientes com as práticas dos comportamentos que pretendem que eles adoptem, bem como a importância da influência das suas vivências e dos seus comportamentos pessoais nos dos seus pacientes.

De outro modo, embora aos estudantes do curso de prótese dentária não sejam exigidas as mesmas competências, eles farão parte da equipa de saúde oral e são

estudantes de uma instituição que investiga, ensina e trabalha na promoção e educação em saúde oral. Assim, ponderando as opiniões destes estudantes, poderão ser realizados seminários temáticos orientados por colegas dos outros cursos, incluídos como actividades pedagógicas numa das unidades curriculares de saúde comunitária dos cursos de higiene oral e/ou medicina dentária, E, poderão ser realizadas aulas práticas de clinica especificamente orientadas para os estudantes de prótese dentária como pacientes. Estas situações Implicariam reajustamentos de horários, em dias a acordar, com a comissão coordenadora de cada curso.

Para melhorar a aquisição de conhecimentos e competências, o envolvimento dos docentes e discentes na discussão e reflexão da promoção de actividades, que fomentem a qualidade do ensino e das aprendizagens, é fundamental.

Considerações Finais

O presente trabalho teve como finalidade investigar as atitudes e os comportamentos em saúde oral de estudantes universitários ao longo dos seus cursos, analisando as diferenças na evolução entre estudantes de diferentes áreas científicas. Também, averiguar se a progressão dos alunos nos cursos do âmbito da saúde oral, acompanha uma evolução positiva dos seus comportamentos, atitudes e condições de saúde oral.

O estudo foi orientado para disponibilizar dados da realidade que possam ser considerados no diagnóstico, na reflexão e na intervenção sobre factores responsáveis pelos comportamentos relativos à saúde oral dos estudantes que num futuro próximo assumirão deveres técnicos e científicos relevantes para a saúde oral da população.

Tratou-se de um estudo de caso e como tal sem pretensões de se fazerem generalizações para outros contextos que não o dos cursos da FMDUL, podendo no entanto fornecer indícios e pistas para a realização de estudos mais alargados. Por esta razão, deve ser entendido como uma abordagem parcelar de uma realidade complexa.

Para alcançar os objectivos globais propostos dividiu-se o trabalho em três estudos. O primeiro estudo teve como objectivo geral a tradução, adaptação e validação da versão portuguesa do inventário *Hiroshima University Dental Behavioural Inventory* (HUDBI) (Kawamura, 1988), a utilizar como um dos instrumentos de investigação no estudo II, ou estudo principal.

A finalidade do segundo estudo, que corresponde ao estudo principal, foi identificar e analisar a evolução de atitudes, comportamentos e condições de saúde oral de estudantes universitários ao longo da sua vivência académica. A investigação desenvolvida consistiu num estudo longitudinal onde se confrontaram as diferenças e a evolução da saúde, dos comportamentos e das atitudes em saúde oral inter e intra estudantes universitários.

No terceiro estudo, procedeu-se à identificação, na perspectiva dos estudantes, de factores responsáveis por alterações nas atitudes, nos comportamentos e na saúde oral dos estudantes que se diplomam na FMDUL através de entrevistas de grupo-focal.

Após a realização dos três estudos é possível apresentar algumas considerações que permitem dar respostas aos objectivos gerais do trabalho.

O primeiro objectivo pretendia adaptar e validar uma versão portuguesa do HUDBI. Os resultados mostraram que a versão portuguesa obtida do *Hiroshima University Dental Behavioural Inventory* parece ser um instrumento adequado e fiável com o qual se podem realizar estudos em comunidades que falem a língua portuguesa e confrontar os resultados com os obtidos noutras populações

Com o segundo objectivo delineado pretendia-se investigar a temática das atitudes e comportamentos em saúde oral e de factores que se relacionam com os mesmos em estudantes do ensino universitário.

Os resultados demonstraram a existência de relações entre os comportamentos e atitudes em saúde oral e as condições de saúde dentária e periodontal. Verificou-se existirem piores condições periodontais e mais dentes cariados quanto menos positivos são os comportamentos e as atitudes em saúde oral. Ainda, indivíduos com melhores comportamentos e atitudes, relativos à saúde oral, têm mais dentes tratados.

Também se encontraram relações significativas entre a percepção de saúde oral e os comportamentos em saúde oral. As associações significativas indicaram que os estudantes que melhor caracterizam a sua saúde oral são os que mais vezes procuram acompanhamento por profissionais de saúde oral, sendo também os que mais frequentemente utilizam o fio dentário na sua higiene oral e os que têm comportamentos e atitudes em saúde oral mais positivos.

O terceiro objectivo pretendia procurar se os comportamentos e as condições de saúde oral dos estudantes do ensino universitário evoluem de forma diferente conforme os cursos que frequentam.

Os resultados demonstraram não existirem diferenças entre os estudantes relativamente a atitudes e comportamentos em saúde oral no início do 1º ano da sua frequência académica. Todavia, observou-se a existência de diferenças significativas

entre os estudantes dos diferentes cursos relativamente a atitudes e comportamentos em saúde oral no 3º ano da sua frequência académica.

Os estudantes dos cursos de farmácia e de psicologia não demonstraram diferenças nas atitudes e comportamentos em saúde oral entre o 1º e o 3º ano da sua frequência universitária

Por outro lado, os estudantes da Faculdade de Medicina Dentária mostraram ter evoluído efectivamente ao longo dos três anos do estudo, demonstrando comportamentos e atitudes em saúde oral significativamente mais positivos no 3º ano que no 1º ano.

Ainda, no 3º ano, os estudantes dos cursos de medicina dentária e higiene oral exibiram melhores atitudes e comportamentos em saúde oral que os estudantes dos cursos de prótese, psicologia e farmácia.

Com o quarto objectivo do trabalho pretendeu-se analisar as razões que levam os estudantes a mudarem, ou não, de comportamentos em saúde oral ao longo dos seus cursos.

Verificou-se que os estudantes não sentiram ter sido os conhecimentos teóricos que lhes despertaram a intenção de alterar alguns dos seus comportamentos. Essa intenção de mudança surgiu durante experiências que viveram no contexto académico.

Maioritariamente, os estudantes referiram sentir-se influenciados pelos colegas e pelo ambiente para alterarem os seus comportamentos em saúde oral. Os estudantes de higiene oral acrescentaram sentir-se influenciados por sentirem que conseguiam influenciar os seus pacientes.

As razões que apresentaram para justificar os seus comportamentos em saúde oral diários, concentraram-se: na higiene corporal; na responsabilidade profissional; na prevenção de problemas orais; e na aparência estética.

Com o último objectivo pretendeu-se investigar a influência do curriculum dos cursos e do ambiente universitário nas transformações de comportamentos e condições de saúde oral dos estudantes.

Os dados obtidos revelam que os estudantes consideram ter adquirido conhecimentos sobre causas e consequências de problemas orais. Conhecimentos que lhes sugeriam a adoção de comportamentos saudáveis para prevenirem o seu aparecimento.

As unidades curriculares da FMDUL, transversais aos três cursos, evidenciadas pelos estudantes, nesta transmissão de conhecimentos foram: Periodontologia, Imagiologia e Microbiologia.

Os estudantes dos cursos de medicina dentária e de higiene oral acrescentaram unidades curriculares específicas dos seus cursos (Medicina Preventiva e Higiene Oral Prática, respectivamente) como as que lhes transmitiram conhecimentos sobre comportamentos em saúde oral e lhes proporcionaram a prática dos mesmos.

Os estudantes de higiene oral acrescentaram ter sentido que houve um fortalecimento dos conhecimentos teóricos adquiridos, através da sua interacção com os pacientes a quem deram consultas nas aulas práticas de higiene oral.

Já os estudantes de prótese indicaram não terem disciplinas que lhes explicassem comportamentos de higiene oral.

O ambiente da faculdade influenciou, de várias formas, os comportamentos em saúde oral de todos os estudantes. Os resultados mostraram a existência de uma preocupação inicial com comportamentos em saúde oral nos estudantes de higiene oral e de medicina dentária, assim que entraram nos seus cursos. Preocupação em ter uma boa higiene oral; preocupação provocada pela responsabilidade e orgulho de ter de encontrar respostas para amigos, conhecidos e familiares quando os interrogavam relativamente a cuidados que deviam ter, por terem entrado nos respectivos cursos; preocupação em ter uma boca limpa antes das aulas práticas.

Os estudantes de prótese dentária, reconhecem que alguma coisa os faz pensar em mudar provocada pelo contexto institucional em que se encontram. Estes estudantes fazem alusões aos conhecimentos que adquirem por informação informal; fazem referência aos pacientes nas salas de espera e às próteses que entram no laboratório como lembrete para a sua higiene oral e reforçam a alusão a todo o ambiente como agente modificador dos seus hábitos.

Em termos gerais, com o Estudo I proporciona-se à comunidade científica e a instituições de ensino superior a possibilidade de utilização de um instrumento internacional (HUDBI) (Kawamura, 1988), validado na população portuguesa. Instrumento que pode ser útil na avaliação e confronto de atitudes e comportamentos em saúde oral de estudantes, pacientes e profissionais de saúde.

Futuras investigações poderão reforçar a importância do investimento na educação em comportamentos e atitudes em saúde oral dos futuros higienistas orais e médicos dentistas. Investigações que comprovem que os comportamentos e atitudes dos estudantes influenciam os comportamentos e a saúde oral dos pacientes, tal como sugerido por Al-Wahadni et al. (2004), quando explicam que o comportamento e as atitudes dos profissionais de saúde para com a sua própria saúde oral podem influenciar a capacidade de ensinar e motivar os seus pacientes relativamente aos cuidados de saúde e, conseqüentemente, a própria saúde oral desses pacientes.

Os resultados provenientes do Estudo II sugerem o desenvolvimento de reflexões sobre a necessidade de se enfatizar o ensino de auto-cuidado em saúde oral aos estudantes da FMDUL. Pois apesar dos comportamentos, atitudes e condições em saúde oral dos estudantes de medicina dentária e de higiene oral terem melhorado, estes estudantes ainda não alcançaram os valores máximos de HUDBI e ainda apresentam problemas de saúde oral por resolver. Indicando que tudo pode ainda ser melhorado.

Também, relativamente aos estudantes do curso de prótese dentária, futuramente elementos da equipa de profissionais de saúde oral, sugere-se que lhes sejam facultadas vivências pedagógicas que os auxiliem na adopção de melhores comportamentos e condições de saúde oral.

De igual modo, considerando a não evolução nos comportamentos, atitudes e condições de saúde oral dos estudantes dos cursos de psicologia e ciências farmacêuticas, todos estudantes da Universidade de Lisboa, é levantada a hipótese do desenvolvimento de parcerias para a promoção da saúde oral dos estudantes entre as várias instituições.

Conforme são conhecidos, os objectivos da educação universitária ultrapassam os do domínio cognitivo, a preocupação com a qualidade do ambiente universitário sente-se na exposição das atribuições fundamentais da Universidade de Lisboa descritas nos seus estatutos em Diário da República em Agosto de 2008⁶, alíneas g) e i):

- g) Proporcionar a realização pessoal e profissional dos seus membros, designadamente através da dinamização de actividades artísticas, e desportivas, num ambiente humano e educativo de diálogo e tolerância;
- i) Promover a qualidade de vida e de trabalho dos estudantes, através da acção social e de programas que fomentem o espírito de iniciativa, o empreendedorismo e a competitividade profissional dos diplomados;

Ou seja, a Universidade deve proporcionar aos seus estudantes um ambiente onde não sejam somente profissionalmente educados, mas que lhes permita desenvolvimento pessoal. A Universidade é uma instituição onde muitas pessoas vivem, aprendem, trabalham, socializam e, muitas vezes, utilizam os serviços oferecidos, por estas razões ela tem capacidade para proteger a saúde e promover o bem-estar dos seus estudantes e funcionários.

Segundo Dooris (2001), as universidades são espaços sociais estratégicos para a promoção de saúde, pela sua potencial contribuição na saúde de grupos populacionais específicos, com consequente impacto sobre a população geral.

Assim, um projeto de promoção de saúde oral a implementar nas faculdades da Universidade de Lisboa pode valorizar a qualidade de vida dos seus estudantes e funcionários.

A necessidade de ser dada mais ênfase à regulação da auto-eficácia nos comportamentos de higiene oral dos estudantes é notória no Estudo III. Esta tarefa poderá vir a ser realizada dentro das unidades curriculares práticas de fórum preventivo. Onde, para os comportamentos em saúde oral fazerem parte das competências a atingir, poderão ser criados objectivos a abranger que terão de ser avaliados, podendo ser considerados para a apreciação final da unidade curricular.

Os estudantes revelaram a importância das vivências e das experiências em contexto académico como potenciadoras das suas intenções de mudança para

⁶ Diário da República, 2.ª série — N.º 148 — 1 de Agosto de 2008.pag. 34394-34395

melhores comportamentos em saúde oral. Na opinião dos estudantes, relativamente aos comportamentos saudáveis, são sempre dadas as razões do “porquê” mas por vezes falta o “como”. E o “como fazer” é bem percebido e enriquecedor quando experimentado. Estes dados implicam a sensibilização dos docentes no sentido da promoção de estratégias pedagógicas que impliquem demonstrações, práticas e vivências aos estudantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, N.J. & Cirincione, U.K. & Glass, R.T. (1990). Dentists' and dental hygienists' attitudes toward toothbrush replacement and maintenance. *Clin Prevent Dent*, 12, 28-33.
- Ainamo, J., Barmes, D., Beagrie, G., Cutress T., & Martins (1982). Development of the World Health Organisation Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN). *Int Dent J*, 32, 281-289.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood-Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: a theory of planned behavior. In J. Kuhl, & J. Beckmann (Eds.), *Action Control: From cognition to behavior* (11-39). Berlin: Springer-Verlag.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, Personality and Behavior*. Milton-Keynes, England: Open University Press.
- Akar G.C., Özmutaf N.M. & Ozgur Z. (2009). An Assessment of Self-Reported Oral Health Behaviour of Non-Dental School Students in Turkey. *Acta Stomatol Croat.*, 43(1), 13-23.
- Al- Wahadni A.M., Al-Omiri M.K. & Kawamura M. (2004). Differences in self-reported oral health behaviour between dental students and dental technology/dental Hygiene students in Jordan. *J Oral Sc*, 46(3), 191-197.
- Albandar J.M. & Tinoco E.M.B. (2002). Global epidemiology of periodontal diseases in children and young persons. *Periodontology 2000*; 29, 153-176.
- Albandar, J.M. & Rams, T.E. (2002). Global epidemiology of periodontal diseases. *Periodontolgy 2000*; 29, 7-10.
- Albuquerque, T. (2008). Do abandono à permanência num curso de ensino superior. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 7, 19-28
- Albuquerque T., Bernardo M.F., Simão A.M.V., Ferreira, A.S., Kawamura M., & Okada M. (2011). Reprodutibilidade da Versão Portuguesa Do Hiroshima University Dental Behavioural Inventory (HUDBI - versão portuguesa). Diferenças nas atitudes e comportamentos entre estudantes do 1º e 3º ano do curso de Higiene Oral. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. doi:10.1016/j.rpemd.2011.07.001
- Allen P.F. (2003). Assessment of oral health related quality of life. Health and Quality of Life Outcomes 2003, 1:40. Consultado em <http://www.hqlo.com/content/1/1/40> a 13/10/2009.
- Almeida, J.P. & Pereira M.G. (2006) Locus de controlo na saúde: conceito e validação de uma escala em adolescentes com diabetes tipo I. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 221-238.

- Al-Omari Q.D. & Hamasha A.A. (2005). Gender – Specific Oral Health Attitudes and Behavior among Dental Students in Jordan. *J Contemp Dent Pract*, Feb 15; 6, (1), 107-114.
- Al-Otaibi M. (2004). The miswak (chewing stick) and oral health. Studies on oral hygiene practices of urban Saudi Arabians. *Swed Dent J Suppl*, (167): 2-75.
- Alpiste F., Gil F.J. & Dominguez E. (2002). Efeitos adversos do controlo mecânico da placa bacteriana. In: Alonso, M. S. E. *1º Workshop Ibérico: Controlo de placa bacteriana e higiene oral* (37-38). San Lorenzo del Escorial. Espanha. Ed. Mariano Sanz.
- Alves, D.S.A. & Gonçalves, A. (2009). Impacto da saúde oral na qualidade de vida de jovens entre os 11 e os 14 anos. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480.6 (2009) 296-308.
- Al-Wahadni A.M., Al-Omari M.K., & Kawamura M. (2004). Differences in self-reported oral health behavior between dental students and dental technology/dental hygiene students in Jordan. *J Oral Science*, 46:191-197.
- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing* (6.^a ed.). New York: Macmillan Publishing Company.
- Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Arnau J. & Bono, R. (2008). Estudios Longitudinales, modelos de diseño y análisis. *Escritos de Psicología*, 2(1), 32-41.
- Astin, A. W. (1993). *What matters in college? Four critical years revisited*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Atchison K.A. & Gift H.C. (1997). Perceived oral health in a diverse sample. *Adv Dent Res*; 11: 272-280.
- Attin, T. & Hornecker, E. (2005). Tooth brushing and oral health: how frequently and when should tooth brushing be performed? *Oral Health Prev Dent*, 3(3), 135-140.
- Axelsson P. (2000). *Diagnosis and risk prediction of dental caries*. Chicago, Quintessence Pub. Co.
- Axelsson P. (2002) *Diagnosis and risk prediction of periodontal diseases*. Chicago, Quintessence Pub. Co.
- Baldwin, D.C. (1980). Appearance and aesthetics in oral health. *Community Dent. Oral Epidemiol*, 8 (5), 244-256.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 85, 191-215
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought & Action – A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

- Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 44, (9), 1175-84.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28, (2), 117-48.
- Barenie J.T., Lescke G.S., & Ripa L.W. (1976). The effect of tooth brushing frequency on oral hygiene and gingival health in schoolchildren: reassessment after 2½ years. *J Public Health Dent*, 36, 9-16.
- Bardin, L (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, M. (2002). A relevância e a qualidade da vivência académica: Um percurso de formação activa: In A. S. Pouzada, L. S. Almeida & R. M. Vasconcelos (Orgs), *Contextos e dinâmicas da vida académica*, 99-106. Portugal: Guimarães.
- Becker, M. H., & Mainan, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care*, 13 (1), 10-24.
- Bellamy P., Barlow A., Puri G., Wright, K.I., Mussett, A., & Zhou, X. (2004). A new in vivo interdental sampling method comparing a daily flossing regime versus a manual brush control. *J Clin Dent*, 15 (3), 59-65.
- Bennett P. & Murphy S. (1999). Determinantes psicossociais da saúde: In *Psicologia e Promoção da saúde* (19-40). Lisboa: Climepsi editors.
- Binney A., Addy M., & Newcombe R.G. (1993). The plaque removal effects of single rinsing and brushings. *J Periodontol*, 64, 181-5.
- Birkeland K. (1999). Factors influencing the decision about orthodontic treatment: a longitudinal study among 11 and 15-year-olds and their parents. *J Orofac Orthop*, 60, 292-307.
- Bishop, G.D. (1994). *Health Psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Blinkhorn A.S., Downer M.C., Mackie I.C., & Bleasdale R.S. (1981). Evaluation of a practice based preventive programme for adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol*, 9 (6), 275-9.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellstrom (ed.2) (2006) *Basic Epidemiology*. WHO
- Bono A., Brunotto M., Almerich J., & Molina G. (2006). Comparação das práticas de higiene bucal e consequências clínicas em estudantes universitários da Argentina, Espanha e Itália. *Rev Odontol UNESP*, 35 (1): 41-6.
- Bravo M, Llodra J.C. & Cortés J. (2002) Epidemiologia – Saúde Oral em Espanha e Portugal. In: Alonso, M. S. E. *1º Workshop Ibérico: Controlo de placa bacteriana e higiene oral* (13-14). San Lorenzo del Escorial. Espanha. Ed.: Mariano Sanz.
- Braxton, J. M., Bray, N. J., & Berger, J. B. (2000). Faculty teaching skills and their influence on the college student departure process. *Journal of College Student Development*, 41, 215-224.

- Brennan D.S., Sing K.A., Spencer A. J., & Thomson F.R. (2006). Positive and negative affect and oral health-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 83. Consultado em <http://www.hqlo.com/content/4/1/83> a 13/10/2009
- Brown, L.F. (1996). A comparison of patients attending general dental practices employing or not employing dental hygienists. *Aust Dent J*, 41(1), 47-52.
- Brunswick, A.F. & Nikias, M. (1975). Dentist's Ratings and Adolescents' Perceptions of Oral Health *J Dent Res*, 54; 836.
- Brusokaite J., Januleviciute I., Kukleris A., & Zekonis G. (2003). Evaluation of Dental Health of Dental Students at Kaunas University of Medicine. *Stomatologija, Baltic Dental Maxillofacial Journal*, 5, 133-6.
- Buglar M.E., White K.M., & Robinson N.G. (2010). The role of self-efficacy in dental patients' brushing and flossing: Testing an extended Health Belief Model Patient *Education and Counseling*, 78, 269–272.
- Cabrera, A. F., Nora, A., Crissman, J., Bernal, E., Pascarella, E., & Terenzini, P. (2002). Collaborative learning: Its impact on college students' development and diversity. *Journal of College Student Development*, 43, 20-35.
- Carmody, T.P. (1997). Health-related behaviours: Common factors. In A. Bawm, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (117-121). UK: Cambridge University Press.
- Casals E. & Manau C. (2002). Controlo de placa realizado por profissionais. Eficácia na prevenção de doenças orais e avaliação económica. In: Alonso, M. S. E col.. *1º Workshop Ibérico: Controlo de placa bacteriana e higiene oral* (67-69). San Lorenzo del Escorial. Espanha. Ed.: Mariano Sanz.
- Cassiani S.H.B. (1987). A coleta de dados nas pesquisas em enfermagem: estratégias, validades e confiabilidade [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1987.
- Castillo, A. C. & Ramírez, R. B. (2000). Multidimensionalidad del locus de control a los 8 y 9 años de edad. *La Psicología Social en México*, 8, 121-126.
- Castro R.A.L., Portela M.C. & Leão A.T. (2007). Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 23 (10): 2275-2284.
- Cavaillon J.P., Conge M., Mirisch D., Nemeth T., & Sitbon J.M. (1982). Longitudinal study on oral health of dental students at Paris VII University. Community. *Dent Oral Epidemiol*, 10(3), 137-43.
- Chaiken & Eagly (1993). *Psychology of attitudes*. USA: Harcourt Brace Jovanovick College Publishers.
- Claes, M. (1985). *Os problemas da adolescência*. Lisboa: Verbo.

- Clement C., Ehizele O., Umoh A., Ojehanon I., Akhionbare O. Okechukwu R. & Iginosa L. (2010). Perceived oral health status and treatment needs of dental auxiliaries. *Libyan J Med*, 5: 4859 - DOI: 10.3402/ljm.v5i0.4859 (1 -5).
- Coleman, J. C. (1985). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Conner, M. & Norman, P.R. (1994). Comparing the Health Belief Model and the Theory of Planned Behavior in health screening. In: Rutter, D.R.(ed) & Quine, Lyn (ed.)-*Social Psychology and health: European Perspectives*, 1-124. Brookfield, VT, US: Averbury/Ashgate Publishing Co.
- Conner, M. & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. In M. Conner e P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (pp. 1-21). Buckingham: Open University Press.
- Cortes F.J., Nevot C., Ramon J.M., & Cuenca E. (2002). The evolution of dental health in dental students at the University of Barcelona. *J Dent Educ*, 66(10), 1203-8.
- Currie, C.; Smith, R., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: Research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
- Dagli, R.J., Tadakamadla, S., Dhanni, C., Duraiswamy, P., & Kulkarni, S. (2008). Self reported dental health attitude and behavior of dental students in India. *J Oral Sci*, 50(3), 267-272.
- DePaola, D.P. & Slavkin, H.C. (2004). Reforming Health Professional Education: A White Paper. *J Dent Educ*, 68, (11), 1139-1150.
- Di Clemente, R., Hansen, W., & Ponton, L. (Eds.). (1996). *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior*. New York: Plenum Press.
- Direcção Geral de Saúde (DGS) (2004). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral de Saúde.
- Direcção Geral de Saúde (DGS) (2008) *Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*. Portugal, Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde Lisboa: DGS, Julho de 2008. ISBN: 978-972-675-164-9
- Dooris, M. (2001) "The "Health Promoting University: a critical exploration of theory and practice", *Health Educ*, 101 (2), 51 – 60.
- Dumitrescu A. L. (2006). A comparative study of oral health attitudes and behaviour using the Hiroshima University Dental Behavioural Inventory (HU-DBI) between dental and medical students in Romania. International Poster. *Journal Dental Oral Medicine* , 1, 8, No.4, Poster 335. consultado a 28 de Maio de 2007 em <http://ipj.quintessenz.de/index.php?content=issues&doc=poster&select=335>
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt, Brace, Javanovich, Ch. 1.

- Eid, M.A., Talic, Y.F.(1991). A clinical trial on the effectiveness of professional tooth brushing using dentifrice and water. *Odontostomatol Trop*, 14, 9 – 12.
- Elias, M. S. (2000). *Importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais de ribeirão preto*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.
- Elias, M.S., Cano, M.A.T., Mestriner J., Wilson, & Ferriani, M.G.C. (2001). A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. *Rev. Latino-Am. Enf*, 9 (1), 88-95.
- Fejerskov, O., & Kidd, E. (2005). *Cárie Dentária: a doença e o seu tratamento clínico*. S. Paulo. Santos. Ed. 2005.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1974). Attitudes toward objects as predictors of single and multiple behavioral Criteria. *Psychological Review*, 81, 59-74.
- Frank-Stromborg, M., Pender, N.J., Walker, S.N., & Sechrist, K.R. (1990).Determinants of *health* promoting lifestyle in ambulatory cancer patients. *Social Sc Med*, 31, (10), 1159-1168.
- Frasquilho M. A. (1998). Estilo de vida, comportamentos e educação para a saúde. Comportamento-problema e comportamento saudável segundo os adolescentes. *Rev Port Saúde Pub*, 16 (1),13-20.
- Fuenmayor, V., Buitrago, P.J., & Firmino, J.P. (2002) Valorização da saúde periodontal. Avaliação crítica dos índices utilizados. In: Alonso, M. S. E col. *1º Workhop Ibérico: Controlo de placa bacteriana e higiene oral* (23-24). San Lorenzo del Escorial. Espanha. Ed.: Mariano Sanz.
- Fugill M. (2005). Teaching and learning in dental student clinical practice *Eur J Dent Educ*; 9, 131–136.
- Garbin C.A.S., Garbin, A.J.I., Moimaz, S.A.S., & Gonçalves P.E. (2009). A saúde na percepção do adolescente. *Physis* [online]. 2009, 19, (1), 227-238. ISSN 0103-7331.
- Garcia-Merita M. & Soler M.J. (2002). Salud percibida y alteraciones psicosomáticas en la adolescencia temprana. In: Balaguer I, editor. *Estilos de vida en la adolescencia* (183-207). Valencia: Promolibro.
- Gaspar, T., Pais Ribeiro J.L., Matos M.G., & Leal, L. (2008). Promoção de qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Psicologia Saúde & Doenças*, 9, (1), 55-71.
- Gibson, S. & Williams, S. (1999). Dental caries in pre-school children: associations with social class, toothbrushing habit and consumption of sugars and sugar-containing foods. Further analysis of data from the National Diet and Nutrition Survey of children aged 1.5-4.5 years. *Caries Res*, 33(2), 101-113.
- Gift H.C., Atchison K.A., & Drury T.F. (1998). Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *J Dent Res*; 77, 1529-1538.

- Gonçalves, O. F., Cruz, J.F.A. (1988). A organização e implementação de serviços Universitários de consulta psicológica e desenvolvimento humano. *Rev Port Educ*, 1 (1), 127-145.
- Goschman D.S. & Lebel (1982). Systems and motives: some perspectives for future research. *Health Educ Q*, 9, 167-174.
- Goshman, D.S. (1988). Health Behavior: Plural Perspectives. In D. S. Gochman (Ed.), *Health behavior - Emerging Research Perspectives* (3-17). New York: Plenum Press.
- Gosney, B. (1986). An investigation into some of the factors influencing the desire for orthodontic treatment. *Br J Orthod*, 13, 87-94.
- Green L. (1984). Health education models. In Matarazzo J., Weiss S., Herd J., Miller N. e Weiss S. (eds.), *Behavioural health. A handbook of health enhancement and disease prevention* (181-198). Nova Iorque: John Wiley and Sons.
- Grilo, A. M. & Pedro, H. (2005). Contributos da psicologia para as profissões da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (1), 69-89.
- Groner J.A., Ahijevych K., Grossman .LK. & Rich L.N. (2000). The impact of a brief intervention on maternal smoking behavior. *Pediatrics*, 1051, 267-271.
- Hart, E.J. & Behr, M.T. (1980). The effects of educational intervention & parental support on dental health. *J Sch Health*, 50, 572- 6.
- Helm, D. M., & Grabarek. E. S. (2004) Oral Health Promotion In *Concepts in Dental Public Health*. Mason, J. Lippincot, Williams and Wilkins, Baltimore Maryland.
- Herrera D. & Roldan S. (2002). Controlo de placa interdentária. Evidência da sua importância na manutenção da saúde oral. In: Alonso, M. S. E col. *1º Workshop Ibérico: Controlo de placa bacteriana e higiene oral* (35-36). San Lorenzo del Escorial. Espanha. Ed.: Mariano Sanz.
- Hobdell, M., Petersen, P.E., Clarkson, J., Johnson, N. (2003). Global goals for oral health 2020. *Int Dent J* (2003) 53, 285–288.
- Hollister M.C. & Anema M.G. (2004). "Health behavior models and oral health: a review". *J Dent Hyg*, 78(3), 1-8.
- Honkala, E. (1993). Oral health promotion with children and adolescents. In: S. Schou e A.S. Blinkhorn, eds, *Oral Health Promotion* (169-187). Oxford: Oxford University Press.
- Horne J. & Weinman J. (1996). Predicting treatment adherence: An overview of theoretical models. In Mark Conner and Paul Norman (Eds.), *Predicting Health Behaviour*. Open University Press, Philadelphia, USA.
- Hugoson, A. & Koch, G.(1979). Oral health in 1000 individuals aged 3-70 years in the community of Jönköping. Sweden. *Swed Dent J*, 3, 69-87

- Hugoson A. & Koch G. (1981). Development of a preventive dental care programme for children and adolescents in the county of Jonkoping: 1973-1979. *Sed Dent J*, 5, 159-172.
- Igue, E.A., Bariani, I.C.D., & Milanese, P.V.B. (2008). Vivência acadêmica e expectativas de universitários ingressantes e concluintes *Psico-USF*, 13 (2), 155-164.
- INE, I.P. / INSA, I.P., Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Ed. 2009. Lisboa-Portugal.
- Jenny, J. & Proshek, J.M. (1986). Visibility and prestige of occupations and the importance of dental appearance. *J. Can. Dent. Assoc.*, 12, 987-989.
- Jenkis, W.M.M. & Papapanou, P.N. (2000 2001). Epidemiology of periodontal disease in children and adolescents. *Periodontol*, 26, 16-32.
- John, M.T., Hujoel, P., Miglioretti D.L., Le Resche, L., Koepsell, T.D., & Micheelis, W. (2004). Dimensions of oral-health-related quality of life. *J Dent Res*, 83(12), 956-60.
- Jones, J.A., Kressin, N.R., Spiro, A. 3rd, Randall, C.W., Miller, D.R., Hayes, C.,...& Garcia R. I. (2001). Self-reported and clinical oral health in users of VA health care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56, M55-62.
- Kalsbeek, H., Truin, G.J., Poorterman, J.H., van Rossum, G.M., van Rijkom H.M., & Verrips G.H. (2000). Trends in periodontal status and oral hygiene habits in Dutch adults between 1983 and 1995. *Community Dent Oral Epidemiol*, 28(2): 112-8.
- Kawabata, K., Kawamura, M., Miyagi, M., Aoyama, H., & Iwamoto, Y. (1990) The dental health behavior of university students and test-retest reliability of the HU-DBI. *J Dent Health*, 40, 474-475 (in Japanese).
- Kawamura M., Sasahara H., Kawabata K., Iwamoto Y., Konishi K & Wright F.A. (1993). Relationship between CPITN and oral health behaviour in Japanese adults. *Austr Dent J*, 38(5): 381-388.
- Kawamura, M. (1988). Dental behavioural science. The relationship between perceptions of oral health and oral status in adults. (In Japanese). *Journal Hiroshima University Dental Soc*, 20:273-286.
- Kawamura, M., Honkala, E., Widström, E. & Komabayashi, T. (2000). Cross-cultural differences of self-reported oral health behaviour in Japanese and Finnish dental students. *Int Dent J.*, 50(1), 46-50.
- Kawamura, M., Ikeda-Nakaoka, Y., & Sasahara, H. (2000). An assessment of oral self-care level among Japanese dental hygiene students and general nursing students using the Hiroshima University-Dental Behavioural Inventory (HU-DBI): Surveys in 1990/1999. *Eur J Dent Educ*, 4, 82-88.
- Kawamura, M., Iwamoto, Y., & Wright, F.A.C. (1997). A comparison of self-reported dental health attitudes and behavior between selected Japanese and Australian students. *J Dent Educ*, 61, 354-360.

- Kawamura M, Sasahara S, & Iwamoto Y. (1998). Testing the validity of the Oral Rating Index as a measurement of periodontal health level. *Pediatric Dent J*, 8, 161- 2.
- Kawamura, M., Kesama, I.G.W., & Iwamoto, Y. (1997). Dental health beliefs, attitudes and behavior of Indonesian dental students. *Pediatric Dent J*, 7, 49- 54.
- Kawamura, M., Yip, H.K., Hu, D.Y & Komabayashi, T. (2001). A crosscultural comparison of dental health attitudes and behavior among freshman dental students in Japan, Hong-Kong and West China. *Int Dent J*, 51,159-163.
- Kawamura, M., Spadafora, A., Kim, K.J. & Komabayashi, T. (2002). Comparison of United States and Korean dental hygiene students using the Hiroshima University – Dental Behavioural Inventory (HU-DBI). *Int Dent J*, 52, 156-162.
- Kawamura, M., Wright, F.A.C., Declerck, D., Freire, M.C.M., Hu, D.Y., Honkala, E. & Kwan, S.Y. (2005). An exploratory study on cultural variations in oral health attitudes, behavior and values of freshman (first-year) dental students. *Int Dent J*, 55, 205-211.
- Keeves JP. Measurement for educational research. In: Keeves JP. *Educational research, methodology and measurement* (322-330). 2nd ed. Great Britain: Pergamon Press.
- Kelman, H. (1974). Attitudes are alive and well and gainfully employed in the sphere of action. *American Psychologist*, 29, 310-324.
- Kent, G.G., Matthews, R.M., & White, F.H. (1984) Locus of control and oral health. *J Am Dent Assoc*, 109, 67–69.
- Kerosuo, H., Hansen, H., Laine, T., & Shaw, W.C. (1995). The influence of incisal malocclusion on the social attractiveness of young in Finland. *Eur J Orthod*, 17, 505-12.
- Kilpelainen, P.V.; Phillips, C., & Tulloch, J.F.(1993). Anterior tooth position and motivation for early treatment. *Angle Orthod*, 63 (3), 171-174.
- Kim, K.J., Komabayashi, T., Moon, S.E., Goo, K.M., Okada, M., & Kawamura M. (2001). Oral health attitudes/behavior and gingival self-care level of Korean dental hygiene students. *J Oral Sci*, 43(1), 49-53.
- Kinane, D. (1999). The role of interdental cleaning in effective plaque control: need for interdental cleaning in primary and secondary prevention. In: Lang NP, Attstrom R, Loe H, editors. *Proceedings of the European workshop on mechanical plaque control* (156-68). Chicago: Quintessence.
- Kiyak, H.A. (1996). Measuring psychosocial variables that predict older persons' oral health behaviour. *Gerodontology*, 13(2), 69-75.
- Klein, H., Palmer, C.E., & Knutson, J .W. (1938). Studies on dental caries. I *Dental* status and dental needs of elementary school children. *Public Health Reports*, 53, 751-765.

- Komabayashi, T., Kawamura, M., Kim, K-J., Wright, F.A.C., Declerck, D., Goiás-Freire, ...& Centore, L.S. (2006). The hierarchical cluster analysis of oral health attitudes and behaviour using the Hiroshima University - Dental Behavioural Inventory (HU-DBI) among final year dental students in 17 countries. *Int Dent J*, 56, 310-316.
- Komabayashi, T., Kwan, S.Y.L., Hu, D., Kajiwarw, K., Sasahara, H. & Kawamura M. (2005). A comparative study of oral health attitudes and behavior using the Hiroshima University – Dental Behavioral Inventory (HU-DBI) between dental students in Britain and China. *J Oral Sci*, 47(1), 1-7.
- Krueger, R. A. (1988). *Focus group: a practical guide for applied research*. Newbury Park, Sage Publications.
- Kumar, S., Kriplani, D., Shah, V., Tadakamadla, J., Tibdewal, H., Duraiswamy, P. ,& Kulkarni (2010). Oral Health Attitudes and Behaviour as Predisposing Factor for Dental Caries Experience Among Health Professional and Other Professional College Students of India. *Oral Health Prev Dent*, 8 (2), 195-202.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Minister of National Health and Welfare.
- Landis, J.R.; & Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159–174.
- Legido, B. & Casais A. (2002) a. Educação e motivação para o controlo mecânico da placa. In: Alonso, M. S. E et al. *1º Workshop Ibérico: Controlo de placa bacteriana e higiene oral* (35-36). San Lorenzo del Escorial. Espanha. Ed. Mariano Sanz.
- Lesne, M. (1977). Trabalho pedagógico e formação de adultos – Elementos de Análise. (Domingos, H. Trad). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Levin, L. & Shenkman A. (2004). The relationship Between dental Caries Status and Oral Health Attitudes and Behavior in young Israeli Adults. *J Dent Educ*, 68 (11), 1185-1191.
- Lévy, G., Kawamura, M., Misawa, A. & Sasahara, H. (2005). Étude comparée des comportements des étudiants français et de leurs pairs japonais face à leur santé orale en utilisant un questionnaire de l'Université d'Hiroshima, Hiroshima University – Dental Behavioral Inventory (HU-DBI). *Journal dentaire du Québec*, 42: 211-219.
- Leyens, J. P., & Yzerbyt, V. (1999). Atitudes e persuasão. In J. P. Leyens, & V. Yzerbyt (Eds.), *Psicologia social* (91-115). Lisboa: Edições 70.
- Lima, L.P. (2002) – Atitudes: Estrutura e mudança. In Vala, Jorge, coord; Monteiro Maria Benedicta, coord. – *Psicologia Social* (187-225). Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian, 2002. ISBN 972-31-0845-3.
- Lima, M. L. (1993). “Atitudes”. In Vala e M. Monteiro (Coord.), *Psicologia Social* (187-200). Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lima, M. L. (1996). Atitudes. In M. B. Monteiro, & J. Vala (Eds.), *Psicologia Social* (2.ª ed., pp. 167-199). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Lindhe, J., Axelson, P., & Tollskog G.(1975). Effect of proper oral hygiene on gingivitis and dental caries in Swedish schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol*, 3,150-155.
- Litt, M.D., Reisine, S., & Tinanoff, N. (1995). Multidimensional causal model of dental caries development in low-income preschool children. *Pub Health Rep*, 11, 607-617.
- Locker, D. (1997). Concepts of oral health, disease and the quality of life In Slade G.D., editor. *Measuring oral health and quality of life* (11-23). Chapel Hill, NC: University of North Carolina, Department of Dental Ecology.
- Lutte, G. (1988). Libérer l'adolescence. Liege: Pierre Mardaga
- Macgregor, I.D.M., Balding, J.W., & Regis, D. (1988). Flossing behavior in English adolescents. *J Clin Periodontol*; 25 (4), 291-296.
- Manson, J. D. (2004). Concepts in dental public health. Lippincott Williams & Wilkins.
- Maroco, J. & Garcia-Marques (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia I.S.P.A.*, 4 (1), 65-90.
- Marsh, P.D. (2003). Are dental diseases examples of ecological catastrophes? *Microbiology*, 149(2), 279-94.
- Marteau, T. M., Johnston, M., Kidd, J., Michie, S.& Cook, R. (1992). Psychological models in predicting uptake of prenatal screening. *Psychology and Health*, 6, 13-22.
- Martinelli, A.M. (1999). An explanatory model of variables influencing health promotion behaviors in smoking and nonsmoking college students. *Public Health Nursing*, 16(4), 263-269
- Martins, H.H.H., & Imbert, M.L.C. (2005) Uma Intervenção integradora: A Família vai à Escola numa Nova Proposta de Orientação Profissional. Consultado em 7/3/2008 na http://www.aiospconference2005.pt/full_works/docs/cons/opo1d.pdf
- Matos, A.P.S. & Albuquerque C.M.S. (2006). Estilo de Vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação. *Int J Clin Health Psychology*, 3, (6), 647-663.
- Matos, M. (2003). Projecto Aventura Social e Saúde. A Saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois): relatório português do estudo HBSC 2002. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006a). A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2006. Web site:www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Diniz, J., e Equipa do Aventura Social (2006b). Indicadores de Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório Glaxo Smith-Kline/HBSC 2006. Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com

- Matos, M. G., Simões, C., Canha, L., & Fonseca, S. (2000). Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses: Estudo nacional da rede europeia HBSC /OMS (1996). Lisboa: FMH/PPES.
- Mathias, R.E., Atchison, K.A., Lubben J.E., De Jong, F.& Schweitzer S.O. (1995). Factors affecting self-ratings of oral health. *J Pub Health Dent*, 55: 197-204.
- McArdle, J.J. (2009). Latent Variable Modeling of differences and changes with longitudinal data. *Annual Review of Psychology*, 60, 20.1-20.29.
- Mckinlay, J. (1972). Some approaches and problems in the study of the use of services – An overview. *Journal of Health Social Behavior*, 13, 115-152.
- Melsen, B. & Agerbaek, N. (1980). Effect of an instructional motivation program on oral health in Danish adolescents after 1 and 2 years. *Community Dent Oral Epidemiol*, 8, 72-8.
- Mendoza, R., Sagrega, M.R., & Batista, J.M. (1994). Conductas de los escolares Españoles relacionadas com la Salud (1986-1990). Madrid: CSIC.
- Mestre, S., & Pais Ribeiro, J. (2008). Adaptação de três questionários para a população portuguesa baseados na teoria de auto-determinação. In: I.Leal, J.Pais-Ribeiro, I. Silva e S.Marques (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (623-626). Lisboa: ISPA
- Mojtaba, D., Aubrey, S. & Richard, G. W. (2010). Modelling the factors influencing general and oral hygiene behaviours in adolescents. *Int J Paediatric Dent*, 20, 261 – 269.
- Moreira, J.M. (2004). A elaboração do questionário In: *Questionários: teoria e prática* (181-231). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade de Lisboa. Almedina.
- Morgan, D. L. Focus group as qualitative research. Newbury Park, Sage Publication, 1988. (Qualitative Research Methods Series 16).
- Naito, M., Yusasa, H., Nomura, Y., Nakayama, T., Hamajima, N., & Hanada, N. (2006). Oral Health status and health related quality of life: a systematic review. *J Oral Sci*, 48 (1), 1-7.
- Nakazono, T.T., Davidson, P.L., & Anderson, P.M.(1997). Oral health beliefs in diverse populations. *Adv Dent Res*, 112, 235-244.
- Ndiokwelu, E.(2004). Applicability of Rosenstock-Hochbaum health behaviour model to prevention of periodontal disease in Enugu students. *Odontostomatol Trop*; 27, 4–8.
- Neto, F. (1998). *Psicologia social*. Vol. I. Lisboa: Universidade Aberta.
- Nico, J. B. (2000). O conforto académico do(a) caloiro(a). In A. P. Soares, A. Osório, J. V. Capela, L. S. Almeida, R. M. Vasconcelos e S. M. Caíres (Orgs.). *Transição para o ensino superior* (pp. 161-166). Braga, Portugal: Reitoria da Universidade do Minho.
- Norusis, M.J. (1988). Measuring Association – Studying Relationships. In: *The SPSS guide to data analysis for SPSS/PC+* (280-295).EUA.SPSS Inc.

- Nusair, K.B., Alomari, Q. & Said K. (2006). Dental health attitudes and behaviour among dental students in Jordan. *Community Dent Health*, 23, 147-15.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion Int*, 13 (4), 349-363.
- Ogden, J. (1996). *Health psychology: A textbook*. Buckingham: Open University Press.
- Orbell, S. & Sheeran, P. (1998). Regulation of behaviour in pursuit of health goals. *Psychology and Health*, 13, 753-758.
- Organização Mundial da Saúde (1997). *Necessidades de saúde dos adolescentes. Série de Informações Técnicas* (609). Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (1986). *Young people's health - A challenge for society: Report of a WHO study group on young people and "Health for all by the year 2000"*. Geneva: WHO.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *The health of young people: A challenge and a promise*. Geneva: WHO.(OMS,1993)
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2000). *Health Policy for Children and Adolescents*. Copenhagen.
- Palmonari, A., Pombeni, M. L., & Kirchler, E. (1992). Evolution of the self concept in adolescence and social categorization processes. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology*(3, 285-308). New York: John Wiley & Sons.
- Paraskevas, S., Timmerman, M.F., van der Velden, U.,& van der Weijden, G.A.(2006). Additional effect of dentifrices on the instant efficacy of tooth brushing. *J Periodontol*, 77, 1522-7.
- Paraskevas, S., Rosema, N.A., Versteeg, P., Timmerman, M.F., van der Velden, U. & van der Weijden, G.A. (2007). The additional effect of a dentifrice on the instant efficacy of tooth brushing: A crossover study. *J Periodontol*, 78, 1011-6.
- Parizotto, S.P., Rodrigues, C.R., Singer, J. M., & Sef, H.C. (2003). Effectiveness of low cost toothbrushes, with or without dentifrice, in the removal of bacterial plaque in deciduous teeth. *Pesqui Odontol Bras*, 17, 17-23.
- Peker, I. & Alkurt, M.T. (2009). Oral Health Attitudes and Behavior among a Group of Turkish Dental Students. *Eur J Dent*, 3, 24-31.
- Pereira A. (1990). *Contribuição para o estudo da prevalência e da gravidade da cárie dentária em Portugal*. Dissertação da Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.
- Pereira A (1993). *Cáries Dentárias – Etiologia, Epidemiologia e Prevenção*. Portugal: Medisa.

- Pereira A.S. (2006) Comportamentos e saúde em alunos universitários: viabilidade da aplicação do HBSC ao ensino superior. d@es-docência e aprendizagem no ensino superior. divulgação on-line consultado em http://www.dce.ua.pt/leies/daes/daes_artigos.htm a 22/10/2009
- Peres, K.G., Traebert, E., & Marcenes, W. (2002). Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. *Rev Saúde Pública*, 2002; 36, 230-6.
- Peres, K.G., Barros, A.J., Anselmi L., Peres M. A., & Barros F.C. (2008). Does malocclusion influence the adolescent's satisfaction with appearance? A cross-sectional study nested in a Brazilian birth cohort. *Community Dent Oral Epidemiol*, 36 (2), Apr 2008, 36(2), 137-143(7).
- Petersen, P.E. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*, 31(1), 3-24.
- Petersen, P.E., & Ogawa, H.(2005). Strengthening the prevention of periodontal disease: The WHO approach. *J Periodontol*, 76, 2187-2193.
- Petersen, P.E., Bourgeois, D., Ogawa, H., & Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Org*, 83, 661-669.
- Petersilka, G.J., Ehmke, B. & Flemmig, T.F. (2002). Antimicrobial effects of mechanical debridement. *Periodontol 2000* 2002; 28: 56-71.
- Pihlstrom, B.L., Michalowicz, B.S., & Johnson, N.W. (2005). Periodontal diseases. *Lancet*, 366(9499), 1809-20.
- Pine, C. M., Pitts, N. B., Nugent, Z. J., & British Association for the Study of Community Dentistry [BASCD].(1997). Guidance on the statistical aspects of training and calibration of examiners for surveys of child dental health. A BASCD coordinated dental epidemiology programme quality standard. *Community Dent Health*, 14, 18-29.
- Pine, C.M., McGoldrick, P.M., Burnside, G., Curnow, N.M., Chesters, R.K., Nicholson, J, & Huntington, E. (2000). An intervention programme to establish regular toothbrushing: understanding parents' beliefs and motivating children. *Int Dent J*, 50, 312-323.
- Pinheiro, M. R. M. (2003). Uma época especial: suporte social e vivências acadêmicas na transição e adaptação ao Ensino Superior. Tese de Doutorado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Coimbra: Universidade de Coimbra
- PNS (2004) PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Podshadley, A.G. & Schweikle, E.S.(1970). The effectiveness of two educational programs in changing the performance of oral hygiene by elementary school children. *J Public Health Dent*, 30, 17-20.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1995). *Nursing research: principles and methods*. 5ª ed. Philadelphia: J. B. Lippincot.

- Polychronopoulou, A. & Kawamura, M. (2005). Oral self-care behaviours: comparing Greek and Japanese dental students. *Eur J Dent Educ*, 9, 164-70.
- Polychronopoulou, A., Kawamura, M., & Athanasouli, T. (2002). Oral selfcare behaviour among dental school students in Greece. *J Oral Sci*, 44(2),73-8.
- Polydoro, S. A. J. (2000). *O trancamento de matrícula na trajetória acadêmica do universitário: condições de saída e de retorno à instituição*. Tese de Doutorado.
- Prazeres, V. & col. (2005). Direcção Geral de Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos adolescentes, elementos de caracterização, Lisboa.
- Quirynen, M., Teughels, W., De Soete, M., & van Steenberghe, D. (2002) Topical antiseptics and antibiotics in the initial therapy of chronic adult periodontitis: microbiological aspects. *Periodontol 2000*; 28, 72-90.
- Radius, S.M., Dillman, T.E., Becker, M.H., Rosenstock I.M., & Horvath, W.J. (1980). Adolescent perspectives on health and illness. *Adolescence*, 15 (58), 375-384.
- Radley, A. (1994). *Making sense of illness: the social psychological of health and disease*. London: Sage Publications.
- Real, N.C., Balaguer, I., Dias, C., Corredeira, R., & Fonseca, A.M. (2008) Percepção e comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes portugueses – uma análise em função do sexo e da idade. *Saúde e comportamentos dos adolescentes RBPS*, 21, (3), 209-218.
- Rebelo H., & Sanz M. (2002) - Prólogo In: Alonso, M. S. E col.(2002). *1º Workhop Ibérico: Controlo de placa bacteriana e higiene oral* (9-10). San Lorenzo del Escorial. Espanha. ed.: Mariano Sanz.
- Rebelo, H., & Romão, C. (2002) – Métodos e escovagem e características das escovas manuais. Análise crítica. In: Alonso, M. S. E col. *1º Workhop Ibérico: Controlo de placa bacteriana e higiene oral* (33-34). San Lorenzo del Escorial. Espanha. ed.: Mariano Sanz.
- Rebelo, H. M. (2002). *Discurso de Pais e Filhos em torno da transição para o Ensino Superior*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica do Desenvolvimento. Universidade de Coimbra – FPCE.
- Reis, J. & Melo, P. (2003). A cárie dentária, uma doença infecciosa. *Revista portuguesa de saúde pública*. 21 (1),35-40.
- Reisine, S. & Litt, M. (1993). Social and psychological theories and their use for dental practice. *Int Dent J*, 433(1), 279-287.
- Renner, B. & Schwarzer, R. (2003). Social-cognitive Factors in health behavior change. In: Suls J and Wallston KA (eds). *Social Psychological Foundations of Health and Illness* (169-196). Oxford: Blackwell.

- Renz, A., Ide, M., Newton, T., Robinson, P.G. & Smith, D. (2009). Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases. *Cochrane Database Syst Ver*, 2009, (2):CD005097
- Ribeiro, J.L.P. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2 (22), 387-397.
- Ricou, M., Salgado, J., Alves, C., Duarte, I., Teixeira, Z., Barrias J & Nunes, R. (2004). A comunicação e a alteração de comportamentos. *Psic., Saúde & Doenças*, 5 (2), 131-144.
- Rimondini, L., Zolfanelli, B., Bernardi, F. & Bez, C. (2001). Self-preventive oral behavior in an Italian university student population. *J Clin Periodontol*, 28 (3), 207-11.
- Rocha, D.M., Abdallah, E.Y.A., Cezário, E.S., Abreu, F.A.M., & Costa, F.O. (2007). Periodontite Agressiva: Uma visão histórica e crítica sobre os sistemas de classificação. *Revista Periodontia*, 17 (1), 11-15.
- Rocha, E. (2007). Investigação epidemiológica: Uma visão geral. *Revista Factores de risco*, 4 (2), 64-68.
- Rodrigues, A. (1998). *Psicologia Social*. 17.ed. Petrópolis: Vozes.
- Rokeach, M. (1979). Some unresolved issues in theories of beliefs, attitudes and values. In H. E. Howe, Jr., & M. M. Page (Eds.), *Nebraska Symposium on Motivation* (Vol. 27). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Rong, W. S., Wang, W.J., & Yip, H.K. (2006). Attitudes of dental and medical students in their first and final years of undergraduate study to oral health behavior. *Eur J Dent Educ*, 10, 178-184.
- Rosado, D. M. A. Q., Coelho, E. A. S., Sousa, L. M., & Pereira, M. A. D. (2004). Assistência psicossocial à juventude universitária: a experiência do programa saudavelmente - *Revista da UFG*, 6, 1, jun 2004 consultado em 22/03/09 na http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/juventude/saudavelmente.html
- Rosenberg M. & Hovland, C. (1960). Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes In: M. Rosenberg, C. Hovland, W. McGuire, R. Abelson, J. Brehm (eds.), *Attitudes, organization and change: An analysis of consistency among attitude components* (1-14). CT: Yale University Press, New Haven.
- Rosensstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.
- Rosenstock, I.M., Stretcher, V.J., & Marshall, H.B. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15, (2), 175-183.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1), 1-28.

- Rotter, J.B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a Variable. *American Psychologist*, 45, 489-493.
- Routh, D.K. (1988). Prevention and lifestyle in child health psychology. In: Melamed BG, Matthews KA, Routh DK, Stabler B, Schneiderman N, editors. *Child Health Psychology* (5-15). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Santos, S. M. (2000). As responsabilidades da Universidade no acesso ao ensino superior. In A. P. Soares, A. Osório, J. V. Capela, L. S. Almeida, R. M. Vasconcelos & S. M. Caíres (Orgs.). *Transição para o ensino superior* (69-78). Braga, Portugal: Reitoria da Universidade do Minho.
- Schaffer, D. R. (1994). *Social & personality development* (3rd ed.). California: Brooks/Cole.
- Schoen-Ferreira, T.H., Aznar-Farias, M., & Silveiras, E. F. M. (2003). Adolescent's identity construction: an exploratory study. *Estud. psicol.* (Natal), Jan./Apr. 2003, vol.8, no.1, p.107-115. ISSN 1413-294X. consultado em 7/3/2006 na http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51413294*2003000100012&lng=pt&nr=1
- Schou, L. (1985) Active-involvement principle in dental health education. *Community Dent Oral Epidemiol*, 13, 128-32.
- Schüz, B., Sniehotta, F. F., & Schwarzer, R. (2007). Stage-specific effects of an action control intervention on dental flossing. *Health Educ Res*, 22, 332-341.
- Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theory and empirical tests in 20 countries. In M. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (25) (1-65). New York: Academic Press
- Schwartz, S. H. & Bilsky, W. (1990). Toward a theory of the universal content and structure of values: Extensions and cross cultural replications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 878-891
- Seena, P, Bay, C., & Glick, M. (2010). A systematic review of dental recall intervals and incidence of dental caries. *JADA*, 141, 527-537.
- Sells, W. & Blum, R., 1996. Morbidity and mortality among US adolescents: An overview of data and trends. *Am J of Public Health*, 86, 513-519.
- Selwitz, R.H., Ismail, A.I. & Pitts, N.B. (2007). Dental Caries. *The Lancet*, 369 (9555), 51 - 59.
- Sgan-Cohen, H.D. (2005). Oral Hygiene: past history and future recommendations. *International. J Dent Hyg*, 3 (2), 54-58.
- Sharda A.J. & Shetty, S. (2009). Relationship of Periodontal Status and Dental Caries Status with Oral Health Knowledge, Attitude and Behavior among Professional Students in India. *Int J Oral Sci*, 1(4), 196–206.
- Shaw, W.C. (1981). Factors influencing the desire for orthodontic treatment. *Eur J Orthod*, 3, 151-62.

- Shaw, W.C., Lewis, H.G. & Robertson, N.R.E.(1975). Perception of malocclusion. *Br Dent J*, 138:211-6.
- Sherman, J.J. & Cramer, A.B.S. (2005). Measurement of Changes in Empathy During Dental School. *J Dent Educ*, 69 (3), 339-345.
- Siegel, S., Castellan Junior, N.J. (2006). *Estatística Não-Paramétrica para Ciências do Comportamento*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Silva, A.D.S.C.S. (2008). *A Construção de Carreira no Ensino Superior*. Tese de doutoramento em psicologia. Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho.
- Smith, M.S., Wallston, K.A., & Smith, C.A. (1995). The development and validation of the Perceived Health Competence Scale. *Health Educ Res*, 10,(1),51-64.
- Smith, B.(1998). Linking theory and practice in teaching basic nursing skills. In: Downie CM, Basford P, eds. *Teaching and assessing in clinical practice: a reader* (257-269). University of Greenwich: Greenwich University Press.
- Sniehotta, F.F. & Araújo, S. V. (2007). Randomised controlled trial of a one-minute intervention changing oral self-care behavior. *J Dent Res*, 86:41–645.
- Soares, A., Almeida, L., Diniz, A., & Guisande, M. (2006). Modelo Multidimensional de Ajustamento de jovens ao contexto Universitário (MMAU): Estudo com estudantes de ciências e tecnologias versus ciências sociais e humanas. *Análise Psicológica*, 1(24), 15-27.
- Soares, M. & Albuquerque, S. (2006). Estilo de vida e percepção de saúde. *Int J Clin Health Psy*, 6 (3), 647-663.
- Souza, G. A., Silva, A. M.M., Galvão, R. (2002). A auto-eficácia como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral. *Pesqui Odontol Bras*, 16, (1), 57-62.
- Lopes da Silva, A., & Pereira, C. (2012). Aprender a ser saudável: um desafio à autorregulação dos comportamentos de saúde. In A. M. Veiga Simão, L. M. Frison & M. H. Abrahão (Eds.), *Autorregulação da aprendizagem e narrativas autobiográficas: epistemologia e práticas* (287-320). EDUFRRN, ediPUCRS, EDUNEB, Natal, Porto Alegre, Salvador.
- Stephoe, A. & Wardle, J. (1996). The european health and behaviour survey: The development of an international study in health psychology. *Psychology of Health*, 11, 49-73.
- Stokols, D. (1996). Translating Social Ecological Theory into guidelines for community health promotion. *Am J Health Promot*, 10(4), 282-298.
- Strickland, B.R. (1989). Internal external control Expectancies: From Contingency to creativity. *American Psychologist*, 44, 1-12.
- Syrjala, A.M., Knecht, M.C. & Knuuttila, M.L. (1999). Dental self-efficacy as a determinant to oral health behaviour, oral hygiene and HbA1c level among diabetic patients. *J Clin Periodontol*, 26,616-621.

- Takashiba, S. & Naruishi, K. (2006). Gene polymorphisms in periodontal health and disease. *Periodontol* 2000, 40, 94-106.
- Tedesco, L.A., Keffer, M.A., Davis, E.L., & Christersson, L.A.(1992). Effect of a social cognitive intervention on oral health status, behavior reports, and cognitions. *J Periodontol*, 637, 567-575.
- Thomas, J.G.& Nakaishi, L.A.(2006). Managing the complexity of a dynamic biofilm. *J Am Dent Assoc*, 137, Suppl: 10S-15S.
- Trafimow, D., Sheeran, P., Conner, M., & Finlay, K. A.(2002). Evidence that perceived behavioural control is a multidimensional construct: Perceived control and perceived difficulty. *British Journal of Social Psychology*, 41, 101-121.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde pública*, 39(3), 507-514.
- Uitenbroek, D.G., Schaub, R.M.H., Tromp, J.A.H., & Kant, J.H. (1989). Dental hygienists' influence on the patients' knowledge, motivation, self-care, and perception of change. *Community Dent Oral Epidemiol*, 17 (2), 87-90
- Universidade de Lisboa (2008). *Universidade de Lisboa em números – 2008*. Lisboa: Reitoria da Universidade de Lisboa
- Van der Weijden, G.A. & Hioe, K.P. (2005). A systematic review of the effectiveness of self performed mechanical plaque removal in adults with gingivitis using a manual toothbrush. *J Clin Periodontol*, 32, Suppl 6, 214-28.
- Venta, I., Murttomaa, H., Meurman, J., Turtola, L. (1992). Use of dental services by students of Helsinki University during six years. *Proc Finn Dent Soc*, 88,123-9.
- Volkart, E. H. (1982). Motivation in small groups. In: *The Philosophical, Behavioral and Professional Bases for Health Education. The Society of Public Health Education (SOPHE)* (96-109). Heritage Collection of Health Education Monographs. Vol. 1. Oakland, California: Third Party Publishing Company.
- Wallston, K.A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 183-199.
- Walston, K.A. (1991).The importance of placing measures of health locus of control in a theoretical context. *Health Educ Res: Theory and Practice*, 6, 251-252.
- Westfelt, E. (1996). Rationale of mechanical plaque control. *J Clin Periodontol*, 23, 263-267
- Weyne, S.C.A. (1997). Construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações. In: KRIGER, L. (Org.). *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas,1-26.
- WHO (1986). *Young people's health – a challenge for society*. World Health Organization Technical Report Series, 731. Geneve: World Health Organization.

- WHO (1987). *Oral Health Surveys - Basic methods*. Third edition ed. Geneve: World Health Organization.
- WHO (1988). *Priority research for health for all*. Copenhagen: World Health Organization.
- WHO (1989) *Health through oral health: Guidelines for planning and monitoring for Oral Health Care*. World Health Organization (WHO) and Federation Dentarie Internationale. London: Quintessence.
- WHOQOL (1998). Development of the World Health Organization bref. Quality of Life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med*, 28:551-8
- Wilkins, E.M. (2005). *Clinical practice of the dental hygienist*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Wolfe, G.R., Stewart, J.E., & Hartz, G.W. (1991) Relationship of dental coping beliefs and oral hygiene. *Community Dent Oral Epidemiol*, 19, 112–115.
- World Health Organization [WHO] (1992). *The focus group manual*. Genebra, Methods for Social Research in Tropical Disease.
- World Health Organization [WHO] (1999). *The world health report 1999. Making a difference*. Geneva, Switzerland, WHO, 21.
- World Health Organization [WHO] Kwan, S. & Petersen, P.E. (2003a) *WHO Information Series on School Health. Oral Health Promotion through Schools*. Document 11. Genebra.
- World Oral Health Report (2003b): *Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme*
- Zanna, M. & J. Rempel (1988). Attitudes: a new look at an old concept, in D. Bar-Tal & A. Kruglanski (eds.), *The Social Psychology of Knowledge*. Cambridge, Cambridge University Press.



UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

Estudo sobre a Relação entre Atitudes, Comportamentos e Condições de Saúde Oral.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Investigadores:

Mestre Teresa Maria Beatriz Ramos Esteves Gonçalves dos Santos Albuquerque – Higienista Oral, Assistente da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa – Curso de Higienistas Orais.

Telefone: 217922689; Fax: 217937501

Professor Doutor Mário Filipe Bernardo – Médico Dentista, Professor Associado da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

Telefone: 217922628; Fax: 217937501

Professora Doutora Ana Margarida Vieira da Veiga Simão – Psicóloga, Professora Associada da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Telefone: 217943600; Fax: 217933408

Objectivos e benefícios do estudo:

O Objectivo deste estudo, integrado no desenvolvimento de um trabalho de Tese de Doutoramento na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, consiste em investigar o fenómeno de alteração de atitudes e comportamentos dos estudantes universitários face à sua saúde oral e analisar a relação desses comportamentos com as condições reais da sua saúde oral, tendo em conta as experiências vividas e conhecimentos adquiridos durante a sua vivência nos diferentes cursos.

Se participar na investigação ser-lhe-ão realizados dois exames clínicos gratuitos que lhe fornecerão informação sobre o estado de saúde dos seus dentes e gengivas e necessidades de tratamento.

Procedimentos:

Se concordar em cooperar nesta investigação, vamos solicitar-lhe que participe nas seguintes actividades durante o período do estudo:

Preencher um questionário de 20 perguntas com respostas dicotómicas (concordo/ não concordo) no início da sua frequência no 1º ano e no final da frequência do 3º ano do seu curso. (10 minutos)

Permitir que lhe sejam realizadas duas observações clínicas aos dentes e gengivas para realização de índices clínicos de cárie (CPO-d) e de condições periodontais (ICP). Estes procedimentos não provocam dores nem são experimentais e não apresentam quaisquer riscos para além dos esperados em qualquer exame de rotina. No índice CPO-d são observados todos os dentes com um espelho bucal e um instrumento chamado “sonda periodontal” e registadas as condições de saúde de cada um dos dentes. Para realização do índice ICP é utilizado o mesmo instrumento, que é colocado ao longo do sulco gengival (espaço natural entre o dente e a gengiva) para avaliar o estado de saúde da mesma. A primeira observação será feita no início da sua frequência no 1º ano do seu curso e a última será feita no final da sua frequência no 3º ano do mesmo.

Informações adicionais:

As conclusões do estudo serão apresentadas por escrito na tese de Doutoramento e em artigos científicos, mas a identificação dos participantes não será divulgada. A sua identificação nunca será divulgada, este estudo não é anónimo mas é confidencial.

Pode colocar as questões que pretender sempre que quiser. Pode mudar de ideia e desistir de participar, tudo o que tem de fazer é comunicar aos investigadores.

Assinatura do Investigador

Data

Declaração do Participante:

A investigação descrita foi-me explicada e concordo em participar nesta actividade. Foi-me dada a oportunidade de colocar questões, se mudar de ideias quanto a participar no estudo sei que posso desistir bastando para isso informar qualquer uma das pessoas relacionadas com este trabalho.

Nome do participante: _____

Contacto: _____

Curso que frequenta: _____

Assinatura do Participante

Data

INQUÉRITO AOS ESTUDANTES DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

HUDBI Hiroshima University Dental Behavioural inventory (Kawamura, 1988)

FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA
DEPARTAMENTO DE HIGIENE ORAL

O presente questionário faz parte do trabalho académico de doutoramento em que consentiu participar. Conforme previamente informado, o questionário não é anónimo mas é confidencial e irá ser repetido no final do seu 3º ano académico na Faculdade que frequenta. Agradecemos desde já a sua colaboração, garantindo, novamente, a completa confidencialidade das respostas.

NOME: _____

CURSO QUE FREQUENTA: _____ Ano: _____

ANO DE NASCIMENTO: _____ GÉNERO: F ____ M ____

DATA DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO: ____/____/____

Relativamente aos seus comportamentos e atitudes habituais, assinale se *Concorda* (C) ou *Discorda* (D) com cada uma das frases do inventário.

	C	D
1. Eu não me preocupo com idas ao dentista.		
2. As minhas gengivas sangram quando escovo os dentes.		
3. Preocupo-me com a cor dos meus dentes.		
4. Já reparei nalguns depósitos brancos e pegajosos nos meus dentes.		
5. Costumo usar uma escova de dentes para crianças.		
6. Eu penso que vou ter de usar dentadura quando for velho.		
7. Eu importo-me com a cor da minha gengiva.		
8. Mesmo escovando os dentes diariamente, tenho a impressão que eles estão a piorar.		
9. Escovo cada um dos meus dentes cuidadosamente.		
10. Nunca recebi orientação profissional de como escovar os dentes.		
11. Eu acho que consigo limpar bem os dentes, mesmo sem usar dentífrico.		
12. Depois de escovar os dentes verifico no espelho se os lavei bem.		
13. Preocupo-me com o mau hálito.		
14. É impossível evitar problemas na gengiva só com escovagem.		
15. Só vou ao dentista quando tenho dor de dentes.		
16. Já usei um “corante” para ver se os meus dentes estavam limpos.		
17. Uso uma escova com pêlos duros.		
18. Só sinto que lavei bem os dentes se os escovar com movimentos rápidos e fortes.		
19. Tenho sempre tempo para lavar os dentes.		
20. O dentista já me elogiou a forma como lavo os dentes.		
21. Eu utilizo fio dentário pelo menos uma vez por semana		

Muito Obrigada pela sua colaboração



**FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA – DEPARTAMENTO DE HIGIENE ORAL
UNIVERSIDADE DE LISBOA**

Nome: _____ Data nascimento: ____/____/____

Curso que frequenta: _____ Data da observação ____/____/____

ÍNDICE DO ESTADO DENTÁRIO (CPOd)

V																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
L																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
V																

DENTES PRESENTES: _____

D. CARIADOS: _____

D. PERDIDOS: _____

D. OBTURADOS: _____

CPOd: _____

ESTADO DENTÁRIO	DENTE PERMANENTE	DENTE DECIDUAL
SÃO	0	A
CARIADO	1	B
RESTAURADO E CARIADO	2	C
RESTAURADO SEM CARIE	3	D
EXTRAÍDO POR CÁRIE	4	E
EXTRAÍDO POR OUTRAS RAZÕES	5	-
SELANTES	6	F
PILAR DE PONTE, COROA OU IMPLANTE	7	G
NÃO ERUPCIONADO	8	-
TRAUMATISMO	T	T
NÃO REGISTADO	9	9

OUTROS: _____

ÍNDICE DO ESTADO PERIODONTAL (IPC)

			CRITÉRIO:
17/16	11	26/27	0 - PERIODONTO SAUDÁVEL
			1 - HEMORRAGIA APÓS SONDAGEM
			2 - CALCULO SUB/SUPRAGENGIVAL (BOLSA <3mm)
47/46	31	36/37	3 - BOLSA PERIODONTAL DE 4 A 5mm

OUTROS: _____

**QUESTIONÁRIO DE ROTINAS EM HIGIENE ORAL
2008/2009**

Agradecemos desde já a sua colaboração, garantindo, novamente, a completa confidencialidade das respostas.

NOME: _____

CURSO QUE FREQUENTA: _____ Ano: _____

ANO DE NASCIMENTO: _____ GÉNERO: F____ M____

DATA DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO: ____/____/____

Quantas vezes por dia escova os dentes?

- ____ <1 Vez
- ____ 1 Vez
- ____ 2 Vezes
- ____ 3 Vezes ou mais

Como caracteriza a sua saúde oral?

- ____ Muito Boa
- ____ Boa
- ____ Razoável
- ____ Má
- ____ Não sabe

Porquê? _____

Usa fio dentário?

- ____ Não
- ____ 1 Vez por semana
- ____ 1 Vez por dia

Quando é que vai ao dentista?

- ____ Não vou
- ____ Em fases agudas
- ____ Para controlo

Na sua opinião uma consulta de controlo deve ocorrer:

- ____ De 6 em 6 meses
- ____ Uma vez por ano
- ____ Depende da patologia individual
- ____ Não é necessária

Usa ou usou aparelho de Ortodontia?

- ____ Não
- ____ Sim, uso
- ____ Sim, usei

QUESTIONÁRIO DE ROTINAS EM HIGIENE ORAL 2010/2011

Agradecemos desde já a sua colaboração, garantindo, novamente, a completa confidencialidade das respostas.

NOME: _____

CURSO QUE FREQUENTA: _____ Ano: _____

ANO DE NASCIMENTO: _____ GÉNERO: F____ M____

DATA DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO: ____/____/____

Quantas vezes por dia escova os dentes?

- ____ <1 Vez
- ____ 1 Vez
- ____ 2 Vezes
- ____ 3 Vezes ou mais

Como caracteriza a sua saúde oral?

- ____ Muito Boa
- ____ Boa
- ____ Razoável
- ____ Má
- ____ Não sabe

Porquê? _____

Usa fio dentário?

- ____ Não
- ____ 1 Vez por semana
- ____ 1 Vez por dia

Quando é que vai ao dentista?

- ____ Não vou
- ____ Em fases agudas
- ____ Para controlo

Na sua opinião uma consulta de controlo deve ocorrer:

- ____ De 6 em 6 meses
- ____ Uma vez por ano
- ____ Depende da patologia individual
- ____ Não é necessária

Usa ou usou aparelho de Ortodontia?

- ____ Não
- ____ Sim, uso
- ____ Sim, usei

Fez algum tratamento dentário durante os últimos 3 anos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se *sim* porquê?

- ☐ Estética
- ☐ Presença de cáries
- ☐ Perda de função dentária
- ☐ Outra Qual? _____

Foi a alguma consulta de higiene oral durante os últimos 3 anos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se *sim* porquê?

- ☐ Destartarização
- ☐ Selantes
- ☐ Controlo
- ☐ Outra Qual? _____

Faz algum bochecho diariamente?

- ☐ Não
- ☐ Com desinfetante
- ☐ Para o hálito
- ☐ Com Flúor
- ☐ Para as gengivas

Mudou alguns hábitos de “higiene oral” nos últimos 3 anos?

Quais? _____

Utilizou os serviços clínicos da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Porquê? _____

MUITO OBRIGADA

GUIÃO DE ENTREVISTA A GRUPO FOCAL DE ESTUDANTES FINALISTAS DE MEDICINA DENTÁRIA, HIGIENE ORAL E PRÓTESE DENTÁRIA

1. IDENTIFICAR A POSIÇÃO DOS ESTUDANTES FACE AOS CONHECIMENTOS DE COMPORTAMENTOS EM SAÚDE TRANSMITIDOS/ ADQUIRIDOS NO CURSO.
2. OBTER ELEMENTOS QUE PERMITAM IDENTIFICAR FACTORES QUE LEVARAM OS ESTUDANTES A NÃO REALIZAR TRATAMENTOS CURATIVOS E/OU PREVENTIVOS DE SAÚDE ORAL.
3. RECONHECER FACTORES QUE LEVAM OS ESTUDANTES A NÃO REALIZAREM COMPORTAMENTOS EXEMPLARES EM HIGIENE ORAL.
4. IDENTIFICAR AS CONCEPÇÕES DOS ESTUDANTES RELATIVAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE FACILITADOS PELA FACULDADE.

BLOCOS TEMÁTICOS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	FORMULÁRIO DE QUESTÕES	TÓPICOS/ OBSERVAÇÕES
LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA MOTIVAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	Legitimar entrevista; Motivar entrevistados	Informar linhas gerais do trabalho de investigação; Solicitar colaboração dos estudantes evidenciando o carácter indispensável da sua colaboração para a realização do trabalho; Assegurar carácter confidencial das informações prestadas.	Responder com abertura a Todas as questões colocadas pelos entrevistados.
POSIÇÃO DOS ESTUDANTES FACE AOS CONHECIMENTOS DE SAÚDE TRANSMITIDOS/ ADQUIRIDOS NO CURSO.	Caracterizar a posição dos alunos face aos conhecimentos sobre comportamentos em saúde oral adquiridos no curso; Identificar os efeitos do curso sobre a mudança de atitudes e comportamentos dos estudantes em relação à sua saúde oral;	O que pensam da transmissão de conhecimentos sobre comportamentos em saúde oral durante o vosso curso? O que mudou nas vossas práticas diárias com os novos conhecimentos adquiridos? Alguma vez tiveram intenção de mudar comportamentos? Sentiram-se influenciados por professores ou colegas??	Novos conhecimentos? O que já sabiam? Razões para mudarem comportamentos associadas a conhecimentos ou a outras razões? quais?
FACTORES QUE LEVARAM OS ESTUDANTES A NÃO REALIZAR TRATAMENTOS CURATIVOS E/OU PREVENTIVOS DE SAÚDE ORAL	Identificar os factores que levaram os estudantes a não realizar tratamentos curativos e/ou preventivos durante o curso;	Quais as maiores preocupações que têm relativas à vossa saúde oral? Que razões vos levaram a não realizarem os tratamentos dentários curativos e/ou preventivos que precisam e a instituição vos facultou?	Sentem necessidade de Realizar algum tratamento ao nível da boca?
FACTORES QUE LEVAM OS ESTUDANTES A NÃO REALIZAREM COMPORTAMENTOS EXEMPLARES EM HIGIENE ORAL	Evidenciar os factores que levam os estudantes a não realizarem comportamentos exemplares em higiene oral;	O que pensam da frequência da escovagem diária dos dentes? E da utilização de fio dentário? Que razões que justificam as vossas práticas em higiene oral?	Outros cuidados de higiene oral que tenham

HIGIENE ORAL – GRUPO A

POSIÇÃO DOS ESTUDANTES FACE AOS CONHECIMENTOS DE SAÚDE TRANSMITIDOS/ ADQUIRIDOS NO CURSO

O que pensam da transmissão de conhecimentos sobre comportamentos em saúde oral durante o vosso curso?

Eu acho que principalmente no 1º ano, em Higiene Oral I, foi mais nessa época que nos foi transmitida mais informação e mais específica para nos chamarem a atenção com a saúde oral de modo a marcar-nos... e ao longo dos anos fomos fazendo mais associações e mais posteriormente o contacto com os pacientes foi-nos impingindo mais essa ideia dos comportamentos de saúde.

Eu acho que no 1º ano deram-nos as ideias do que devíamos fazer do que era correcto e não, depois, nos anos a seguir nós deparamo-nos com os pacientes e reparamos que se não fizemos as coisas (...encolhe ombros) é isto que vai acontecer, vemos por nós próprios que de facto faz sentido termos cuidados e com a própria experiência se não os tivermos ficamos assim, é com os pacientes que verificamos a verdade desses conhecimentos que nos deram.

O que ainda me puxou mais foi o ver quando os pacientes faziam o que nós dizíamos, e quando eles melhoravam... as coisas faziam mais sentido, a teoria ganhou sentido.

O contacto com os pacientes e ver os problemas deles dá para relacionar melhor os conhecimentos e compreender o que de facto é bom e é mau o que é preciso ou não.

Ficamos mais alertas, quando vemos problemas na boca das pessoas começamos a olhar para as nossas bocas e para as das nossas famílias.

Depois fica aquele defeito de olhar para a boca de toda a gente, no autocarro, etc...

O que mudou nas vossas práticas diárias com os novos conhecimentos adquiridos?

Eu passei a escovar com mais cuidado, lavar as linguais que nunca me lembrava ou nem sabia e passei a inclinar a escova para a gengiva.

Eu tenho mais cuidado com a técnica de escovagem, comecei a fazer fio,...

Eu comecei a preocupar-me muito com o aspecto estético e com as cáries interproximais e não escovo logo a seguir à refeição, espero um bocado para o ph subir. Só como pastilhas com xilitol...

Eu comecei a ter trauma de escovagem por escovar com muita força e tive de tratar disso.

Agora eu acho q sabemos porque temos que fazer as coisas, agora consigo perceber o porquê das coisas, o que posso prevenir com a escovagem, com o fio, com os bochechos de flúor.

Mudei escovagem passei a escovar tudo e ater atenção com os 45º tento agora fazer de forma mais regular e em termos de família costumo mudar a escovagem a toda a gente, estou preocupada com os outros e em dar opiniões...

Sinto-me segura com o que tenho de fazer e ensinar.

Alguma vez tiveram intenção de mudar comportamentos? Sentiram-se influenciados por professores ou colegas?

Eu acho que foi gradual, à medida de começamos a ver as coisas que acontecem, quando entramos no curso temos um *clic* ligeiro, quando vemos a placa bacteriana é assustador, mas concordo que é gradual, às vezes não consigo parar de olhar para os dentes das outras pessoas, eu às vezes tenho de sair de onde estou... é automático um bocado, porque vemos os pacientes e mandamos fazer e depois nós também fazemos, depois temos noção da quantidade de coisas de instrumentos de higiene que há para tudo e para todo o lado.

Uma vez fiquei espantada e até envergonhada quando um professor nos perguntou se tínhamos acabado de escovar os dentes no balneário e fiquei super espantada e a pensar...devia??? Pois é até posso e claro que devia.

O nosso sorriso como higienista pode transmitir às pessoas que os cuidados resultam.

Ter dentes escuros ou com muita mancha é feio ou uma gengiva super inflamada, eu se for tratar um dente a um dentista que tenha logo ali um dente cariado à frente, penso duas ou mais vezes se hei de ir a outro sítio.

Para os paciente aderirem ao que eu digo, tem de acreditar e a minha boca tem de transmitir confiança, eu acho que isto me influenciou

Acima de tudo temos de ser modelos para os pacientes, e ter um bom aspecto estético para os pacientes, acho que foi isto que me influenciou.

FACTORES QUE LEVARAM OS ESTUDANTES A NÃO REALIZAR TRATAMENTOS CURATIVOS E/OU PREVENTIVOS DE SAÚDE ORAL

Quais as maiores preocupações que têm relativas à vossa saúde oral?

Pigmento e tártaro, eu preocupo-me mas não faço nada para isto, chateia-me ter os dentes brancos e os caniços amarelos e acho que os meus dentes estão a entortar outra vez depois de tirara o aparelho, eu gostava de ter os dentes mais brancos, mas não sei se faça branqueamento. Tenho manchas do aparelho e acho que estão a ficar desalinhados outra vez, estética essencialmente, tenho os dentes rugosos e amarelos demais para o meu gosto. Começo a regra em pormenores estéticos que me aborrecem. A posição dos meus dentes entristece-me. Às vezes tenho medo de tirara a máscara durante as consultas com receio de estar com mau hálito.

Tenho cisos para extrair mas tenho medo.

Pois eu também .

Que razões vos levaram a não realizarem os tratamentos dentários curativos e/ou preventivos que precisam e a instituição vos facultou?

Eu fiz fora, já ouvi histórias dos alunos de medicina dentária que dizem q tratam dentes errados e anestesiavam sítios diferentes, já tive um familiar meu que foi mal tratado, já extrai um dente aqui mas preferi marcar para o 4º ano porque já sabia que no 4º ano era o professor a extrair e o aluno a ver, se tivesse marcado para o 5º ano era o aluno a tirar, então não marquei para lá. Não me arrependi. Eu prefiro o meu dentista. Os tratamentos preventivos, fazemos uns aos outros nas aulas práticas de higiene oral.

FACTORES QUE LEVAM OS ESTUDANTES A NÃO REALIZAREM COMPORTAMENTOS EXEMPLARES EM HIGIENE ORAL

O que pensam da frequência da escovagem diária dos dentes? E da utilização de fio dentário?

É imprescindível, principalmente a escovagem, no mínimo 3 vezes por dia, o fio também é importante, eu sou fã mas não sou fã de elixir. O quê tu usas fio dentário todos os dias?? Todas as semanas sim, todos os dias não, lá atrás é muito difícil. Eu não gosto nada do fio, eu tenho medo de destruir as minhas papilas.

Que razões que justificam as vossas práticas em higiene oral?

Desde pequenina que escovo de manhã e à noite, é um hábito adquirido, o fio não faço sempre por preguiça, por vezes sinto-me mal quando já estou deitada e sinto alguma coisa nos dentes e então levanto-me, mas é raro, tento fazer pelo menos uma vez por semana.

Sempre tive a ideia de ter os dentes mais brancos e acho que é essa a minha preocupação quando escovo, fazer fio já é mais complicado, é preciso pensar, inclinar, não magoar, passar em todos enquanto que escovar é agarra na escova e pronto é mais automático.

Acima de tudo temos uma razão social.

Eu acho que existe uma razão pessoal mas também uma razão profissional para termos um sorriso saudável, hoje em dia é muito importante é essencial termos uma autoconfiança no nosso aspecto, termos uma boa boca.

A nível profissional é muito importante, é uma porta de entrada, pois é uma obrigação profissional. Até quando vamos para as comunidades as pessoas referem que as nossas bocas são bonitas, e isso é importante para as cativarmos e convenceremos que também as podem ter.

Já vem dos meus pais, faço o que fazia menos o fio que tenho muita preguiça.

HIGIENE ORAL – GRUPO B POSIÇÃO DOS ESTUDANTES FACE AOS CONHECIMENTOS DE SAÚDE TRANSMITIDOS/ ADQUIRIDOS NO CURSO

O que pensam da transmissão de conhecimentos sobre comportamentos em saúde oral durante o vosso curso?

Eu acho que é boa; sei lá eu acho que aprendemos coisas para nós e para as nossas famílias e ganhámos novos conhecimentos, por exemplo a quantidade da pasta que se deita na escova, eu não fazia ideia, aquilo dantes era encher a escova toda.... as escovas adequadas, as pastas adequadas, o uso do flúor, o uso do fio. Adquirimos conhecimentos novos sem dúvida nenhuma... as técnicas de escovagem dos dentes...eu dantes lavava mas não sabia nada de como escovar. Eu lavava porque lavava.

O que mudou nas vossas práticas diárias com os novos conhecimentos adquiridos? (que conhecimentos vos levaram a mudar?)

A escovagem...Foram essencialmente razões do que pode acontecer se não lavarmos os dentes todos os dias que me fez mudar alguns hábitos, lavo os dentes mais frequentemente, o conhecimento das doenças orais e as suas causas foi essencial para mudar algumas coisas. Sei lá dantes lavava os dentes porque tinha que lavar, para não ter cáries, mas eu sabia lá o que era cáries, eu lavava imensas vezes para ver se ficavam mais brancos e nunca consegui, eu tomava banho lavava a cara e os dentes.

Dantes eu lavava os dentes por estética agora associo mais à prevenção de doenças...

Alguma vez tiveram intenção de mudar comportamentos? Sentiram-se influenciados por professores ou colegas?

Eu acho que foi logo quando começamos o curso...sim no primeiro dia de aulas...eu acho que foi logo na primeira aula, deve ter sido quando nos aplicaram o corante...começamos a ver a placa, a achar engraçado...a remove-la com a escovagem e o fio... e quando começamos a ver hemorragia à sondagem, foi quando começamos a ter noção dos problemas orais que podiam aparecer com a placa...para mim a hemorragia à sondagem foi importante...fiquei preocupada...eu dantes sangrava imenso agora já não... Penso que foram mais as aulas práticas com corante, aprender um método de escovagem foi importante. O corante é bastante visível.... Nós não tivemos práticas de escovagem, púnhamos o corante e tirávamos com as nossas escovas.

- E não só, eu não sei se é ser influenciada mas logo no inicio as pessoas perguntavam em que curso estava e eu dizia "Higiene Oral" e elas diziam ah então deves ter uns dentes óptimos, e eu tinha de escovar mais e mais para eles estarem sempre bem (todos riem e concordam) ...

-E os colegas mais velhos gozavam a perguntar, já lavaste os dentes depois do almoço? Tens de lavar...punham-se com estas conversas...às vezes parecia a gozar mas às vezes estavam algumas na casa de banho a escovar, então às vezes comecei a lavar também.

E às vezes quando íamos para as práticas - tínhamos de mostrar as bocas uns aos outros então...lá íamos lavar os dentes antes...

E também quando começámos a dar consultas, era chato pedir às pessoas para escovarem bem os dentes e nós não escovarmos, ou pedir para fazerem fio e nós não sabermos ensinar, ...e também é importante nós sermos exemplos para os pacientes... e para as nossas famílias...

FACTORES QUE LEVARAM OS ESTUDANTES A NÃO REALIZAR TRATAMENTOS CURATIVOS E/OU PREVENTIVOS DE SAÚDE ORAL

Quais as maiores preocupações que têm relativas à vossa saúde oral?

Eu acho que tenho medo da doença periodontal, eu tenho periodontite à dois anos e estou sempre preocupada em prevenir o pior...acho que é o meu maior receio... eu tenho imensas cáries e tenho como preocupação ter de as tratar depressa...e eu

gostava de usar um aparelho de ortodontia porque tenho estes dentes assim,... eu continuo a tentar ter os meus dentes brancos porque são bem amarelados e hei-de fazer um branqueamento, a minha preocupação é vir a ter mais cáries que eu já tive muitas em pequena, tenho medo e tenho esta preocupação, quando como qualquer coisa...quero logo escovar.

Que razões vos levaram a não realizarem os tratamentos dentários curativos e/ou preventivos que precisam e a instituição vos facultou?

Eu fiz aqui porque não pagava nada...mas quando fui fizeram-me o odontograma que eu também já tinha feito e então preferi ir lá fora a outro dentista porque ao fim da segunda vez ainda não tinha feito nada. Eu prefiro o meu dentista lá fora...gosto imenso dele e tenho imenso medo de outros dentistas, ... eu usei aparelho por isso tenho vindo a ser seguida lá fora.

Consultas de prevenções são todas as aulas práticas. Fazemos lá as nossas destarizações, selantes, radiografias, tudo, ...eu tenho de tirar a linha negra de vez em quando...às vezes quando faltam doentes, nós sentamo-nos e pedimos para alguém nos tratar.

FACTORES QUE LEVAM OS ESTUDANTES A NÃO REALIZAREM COMPORTAMENTOS EXEMPLARES EM HIGIENE ORAL

O que pensam da frequência da escovagem diária dos dentes? E da utilização de fio dentário?

Eu acho que escovar os dentes, aqui na faculdade, muitas vezes é por bem estar,... depende da disponibilidade, 3x ao dia ou mais depende...depende dos dias. Eu ando com uma escova no carro e escovo sempre que me apetece e sinto comida na boca, nem sei bem a frequência da minha escovagem,...eu é só de manhã e à noite de certeza...

mas agora o fio é uma seca, pegar naquilo, maior parte das pessoas não sabe usar, é muito mais difícil de habituarmos os pacientes ao fio, eu própria não consigo usar. É uma técnica difícil...e chata...maior parte das vezes não há tempo...e magoa.

Às vezes eu bochecho, quando me oferecem produtos...pois eu também com os que me dão.

Que razões que justificam as vossas práticas em higiene oral?

Agora nós temos de ser modelos, é mais ou menos uma responsabilidade,..não posso estar cheia de placa bacteriana a mandar o paciente escovar os dentes...além disso quem é que vai confiar em nós se tivermos uma má aparência da boca e os dentes sujos? Eu não ia a um médico com os dentes todos podres...A aparência é importante...Para além de prevenir doenças agora é mais para a boa aparência para os doentes, acho que as doenças estão mais ou menos controladas para mim.